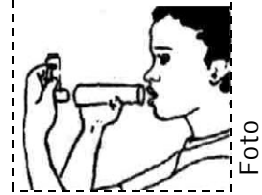


# Mi Plan de Asma



Foto

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del medico: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de taxi o amigo : \_\_\_\_\_ **Mi flujo de aire máximo:** \_\_\_\_\_  
 Provocantes de asma: \_\_\_\_\_  
 Alergias a: \_\_\_\_\_

**Autorización Para Medicina En La Escuela O Guardería :** Este paciente ha sido instruido en la manera apropiada de tomar sus medicinas. El paciente es capaz de auto administrarse las medicinas:  Si  No. El paciente puede reportar confiablemente los síntomas de asma:  Si  No.

**Firma del proveedor de cuidados para la salud:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Me Siento Bien

- La respiración es buena
- No hay tos ni respiración asmática
- Puede trabajar y jugar

**Evitar:** síntomas del asma todos los días

<u>Medicina:</u>	<u>Cuánto:</u>	<u>Cuándo:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Número de flujo pico \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 20 minutos antes de hacer ejercicio o deporte, use esta medicina:

Me Siento Mal

- Tos
- espiración asmática
- Dificultad para respirar
- Despertar por la noche

**PRECAUCIÓN: AGREGAR una medicina de alivio:**

<u>Medicina:</u>	<u>Cuánto:</u>	<u>Cuándo:</u>
_____	_____	_____

**TAMBIÉN CONTINUAR/INCREMENTAR su medicina preventiva:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Número de flujo pico \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 80% de mi flujo de aire máximo  
**¡Llame a su medico si tiene estos síntomas frecuentemente o la medicina de alivio no surte efecto!**

Me Siento Muy Mal

- La medicina no ayuda
- Respiración difícil y rápida
- No puede hablar bien
- No puede andar

**¡ALERTA: Obtenga ayuda inmediatamente!**  
**Tome estas medicinas hasta hablar con su médico.**

<u>Medicina:</u>	<u>Cuánto:</u>	<u>Cuándo:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Número de flujo pico \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 50% de mi flujo de aire máximo  
**Llame al 911 si su asma es grave.**