

Plan de Acción de Asma (0-5 años) – Documento de Instrucciones

Por favor lea el formulario del Plan de Acción de Asma y llene cada sección con la información apropiada que se necesita para proveer cuidado para su hijo/a. Esto debería ser llenado en asociación con su proveedor de cuidado de salud. Estas instrucciones le ayudaran a llenar el Plan de Acción de Asma, por favor lea con cuidado.

1. Información importante sobre el niño/a:

- a. Nombre**
- b. Fecha de nacimiento**
- c. Fecha** – Fecha en la cual el formulario es llenado
- d. Doctor** – Proveedor de cuidado de salud del niño/a
- e. Padres/Guardián** – El padre/madre o cuidador designado como el guardián legal del niño/a
- f. Numero de la oficina del Doctor** – numero de teléfono donde contactar el proveedor de cuidado de salud del niño/a durante el día
- g. Numero de Padres/Guardianes** – numero de teléfono de padres/guardián donde contactar durante el día
- h. Numero de emergencia después de padres** – individual al cual se le puede contactar en caso de emergencia si los padres no pueden ser contactados
- i. Numero de Contacto** – numero de teléfono de día del contacto de emergencia
- j. Estudiante puede medicarse solo/a** – Marque si o no dependiendo de la habilidad del estudiante/niño/a al poderse medicar sin la ayuda de un adulto.
- k. Firma de padre/guardián:** Si su hijo/a puede medicarse a si mismo es importante que el padre o guardián firme para confirmar.

2. Información del medicamento:

- a. Medicinas de control** – liste todos los medicamentos de control que el niño/a esta tomando
- b. Cuanto tomar** – después de cada medicina listada escriba cuanto y la intensidad de los medicamentos que el niño/a debe tomar diario de acuerdo a su proveedor de cuidado de salud
- c. Cada cuando** – en la misma hilera que lista las medicinas escriba en el espacio proveído cada cuando el niño/a debe tomar el medicamento “ ___ veces por día, DIARIO!”
- d. Otras Instrucciones** – por favor liste cualquier otras instrucciones especiales tal como herramientas que se usan con el medicamento, si el niño/a tiene alguna reacción, o cualquier otra información relevante
- e. Medicinas de Alivio-Rápido** – este medicamento ya esta listado por cual muchas prescripciones de Albuterol son similar. Si esto no le aplica a usted hable con su proveedor de cuidado de salud para saber cual es la dosis apropiada para su hijo/a

3. **Zonas - Rojo, Amarillo, Verde:**

- a. **Zona Verde: Niño/a esta bien y no tiene síntomas de asma, ni siquiera durante juegos activos** – liste cualquier provocante que causa síntomas de asma en su hijo/a. Esta información ayudara a prevenir un episodio de asma.
- b. **Zona Amarilla: Niño/a no esta bien y tiene síntomas de asma...** – liste cualquier otros síntomas que su hijo/a puede tener que no ya estén listados bajo los síntomas comunes listados en la columna izquierda.
- c. **Medicamentos de Zona Amarilla** – en la columna derecha liste todos los medicamentos a menos de que ya estén listados y marque cuales deben ser tomados durante síntomas de asma. Bajo los medicamentos liste el numero de teléfono de la persona que debe ser notificada si el niño/a empieza a tener síntomas de asma.
- d. **Zona Roja: Niño/a se siente fatal! Signos de advertencia pueden incluir...** - en la columna derecha liste medicamentos que se le deben dar al niño/a durante este tiempo. Si los medicamentos no tienen efecto dentro de varios minutos se le llamara al 911 y padres/guardianes serán notificados.

4. Firma de Doctor – por favor asegúrese de que su proveedor de cuidado de salud firme su plan de acción de asma. Es importante que este papeleo sea llenado por usted y el proveedor de cuidado de su hijo/a para que la información proveída a su guardería sea precisa.