

# Plan de tratamiento contra el asma

SPANISH

Patient Name:

Medical Record #: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor:

DOB:

N.º de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_ Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Medicamentos de control	Cantidad que se debe tomar	Con qué frecuencia se deben tomar	Otras instrucciones
		_____ veces por día <b>TODOS LOS DÍAS</b>	<input type="checkbox"/> Hacerse gárgaras o enjuagarse la boca después de tomar el medicamento
		_____ veces por día <b>TODOS LOS DÍAS</b>	
		_____ veces por día <b>TODOS LOS DÍAS</b>	
		_____ veces por día <b>TODOS LOS DÍAS</b>	
Medicamentos de alivio rápido	Cantidad que se debe tomar	Con qué frecuencia se deben tomar	Otras instrucciones
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones <input type="checkbox"/> 1 tratamiento con nebulizador	Deben tomarse <b>SÓLO</b> en caso de ser necesario (ver debajo; comenzar en la Zona amarilla o antes de hacer ejercicio)	NOTA: Si necesita tomar este medicamento más de dos días a la semana, llame a su médico para consultar sobre la necesidad de un aumento de dosis para los medicamentos de control, y para conversar sobre su plan de tratamiento.

Instrucciones especiales en caso de que  *Se sienta bien*,  *empeore* o  *tenga una emergencia médica*.

## Se siente bien.

ZONA VERDE

- No tiene tos, resuellos, opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche.
- Puede realizar las actividades habituales.



**Capacidad pulmonar máxima** (para personas de 5 años en adelante): es \_\_\_\_\_ o más. (80% o más de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

**Su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima** (para las personas de 5 años en adelante): \_\_\_\_\_

Debe **PREVENIR** los síntomas del asma todos los días:

- Tome los medicamentos de control (mencionados arriba) todos los días.
- Antes de hacer ejercicio, adminístrese \_\_\_\_\_ dosis de \_\_\_\_\_
- Evite aquello que pueda empeorar el asma. (Ver el reverso del formulario)

## Su estado empeora.

ZONA AMARILLA

- Tiene tos, resuellos, opresión en el pecho, dificultad para respirar o
- Se despierta por las noches debido a los síntomas del asma, o
- Puede realizar algunas de sus actividades habituales, pero no todas.



**Capacidad pulmonar máxima** (para personas de 5 años en adelante): \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (50% al 79% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

**PRECAUCIÓN.** Continúe tomando los medicamentos de control todos los días, Y:

- Reciba \_\_\_\_\_ inhalaciones o \_\_\_\_\_ el medicamento de alivio rápido por medio de nebulizador. Si no vuelve a la **Zona verde** en el plazo de 20 o 30 minutos, debe tomar \_\_\_\_\_ inhalaciones o tratamientos con nebulizador más. Si no vuelve a la **Zona verde** en una hora, entonces debe:
- Aumentar \_\_\_\_\_
- Agregar \_\_\_\_\_
- Llamar \_\_\_\_\_
- Continúe usando los medicamentos de alivio rápido cada 4 horas según sea necesario. Llame al proveedor si no mejora en \_\_\_\_\_ días.

## Emergencia médica

ZONA ROJA

- Mucha dificultad para respirar, o
- Los medicamentos de alivio rápido no le han ayudado, o
- No puede realizar las actividades habituales, o
- Los síntomas son los mismos o empeoran después de 24 horas.



**Capacidad pulmonar máxima** (para personas de 5 años en adelante): menos de \_\_\_\_\_ (50% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

**ALERTA MÉDICA ¡Pida ayuda!**

- Tome medicamentos de alivio rápido: \_\_\_\_\_ inhalaciones cada \_\_\_\_\_ minuto y pida ayuda de inmediato.
- Tome \_\_\_\_\_
- Llame \_\_\_\_\_

**Peligro. ¡Pida ayuda de inmediato!** Llame al 911 si tiene problemas para caminar o hablar debido a la dificultad para respirar, o si tiene los labios o las uñas grises o morados. Si se trata de un niño, llame al 911 en caso de que se le hunda la piel de alrededor del cuello y las costillas durante la respiración, o si el niño no responde normalmente.

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications:  Yes  No self administer asthma medications:  Yes  No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Healthcare Provider Signature

Date

# Cómo controlar los factores que empeoran el asma

## ❑ EL CIGARRILLO

- No fume. Asista a clases que lo ayuden a dejar de fumar.
- No permita que otras personas fumen en el hogar o en el automóvil. El olor del cigarrillo que queda puede desencadenar el asma.
- Manténgase alejado de las personas que fumen.
- Si fuma, hágalo afuera.



## ❑ POLVO

- Limpie semanalmente con una aspiradora que tenga un filtro de gran rendimiento o con una aspiradora central. Trate de asegurarse de que no haya personas con asma en el hogar mientras esté limpiando con la aspiradora.
- Si es posible, quite la alfombra. Humedézcala antes de quitarla y luego seque el piso por completo.
- Limpie los pisos con un estropajo húmedo todas las semanas.
- Lave la ropa de cama y los muñecos de peluche con agua caliente todas las semanas, o cada dos semanas. Coloque los muñecos de peluche que no puedan lavarse en el congelador durante 24 horas.
- Cubra los colchones y las almohadas con cobertores de cierre a prueba de ácaros.
- Arregle el desorden y quite los muñecos de peluche, especialmente alrededor de la cama.
- Cambie con regularidad los filtros del sistema de calefacción.



## ❑ PLAGAS

- No deje alimentos ni basura afuera. Guarde los alimentos en envases herméticos.
- Intente utilizar trampas y cebos con veneno, como ácido bórico, para las cucarachas. En lugar de usar aerosoles o bombas, utilice cebos y colóquelos alejados de los niños, como por ejemplo, detrás del refrigerador.
- Bombas, utilice cebos y colóquelos alejados de los niños. Por ejemplo, detrás del refrigerador.
- Repare las goteras en las tuberías, el techo y otras fuentes de entrada de agua.



## ❑ MOHO

- Utilice ventiladores o abra las ventanas para que haya ventilación al bañarse o cocinar.
- Limpie el moho de las superficies duras con detergente y agua caliente, y friegue con un cepillo de cerda dura o una toalla; luego, enjuague bien con agua. Es posible que deba reemplazar los materiales absorbentes que tengan moho.
- Asegúrese de que las personas con asma no se encuentren en la habitación cuando esté limpiando.
- Repare las goteras en las tuberías u otras fuentes de entrada de agua o humedad.



## ❑ ANIMALES

- Considere la posibilidad de no tener mascotas. Evite las mascotas que sean lanudas o que tengan plumas.
- No permita que las mascotas ingresen a la habitación de la persona con asma.
- Lave sus manos y las de la persona con asma después de acariciar a los animales.



## ❑ OLORES/AEROSOLES

- Evite el uso de productos con aroma intenso, como los desodorantes, perfumes, inciensos para el hogar y productos de lavandería.
- No utilice el horno o las hornallas como métodos de calefacción.
- Al limpiar, la persona con asma debe estar retirada de donde se está limpiando. No utilice productos de limpieza con olor fuerte.
- Evite los productos en aerosol.
- Evite los productos de limpieza fuertes o abrasivos.
- Evite el amoníaco, los blanqueadores y los desinfectantes.



## ❑ POLEN Y MOHO EXTERIOR

- Trate de permanecer en espacios cerrados cuando los niveles de polen o moho sean altos.
- Mantenga las ventanas cerradas durante la temporada en que haya presencia de polen.
- Evite el uso de ventiladores; use acondicionadores de aire.

## ❑ RESFRÍOS/GRIPE

- Manténgase sano realizando suficiente actividad física y durmiendo lo suficiente.
- Evite tener contacto cercano con personas resfriadas.
- Lávese las manos con frecuencia y evite tocarse la cara con las manos.
- Vacúnese contra la gripe todos los años.

## ❑ CLIMA Y CONTAMINACIÓN DEL AIRE

- Si el problema es el aire frío, intente respirar por la nariz en lugar de hacerlo por la boca, y cúbrase con una bufanda.
- Consulte acerca de la calidad del aire durante el día y la noche, y en los días de Spare the Air (Escatimar el aire), evite realizar ejercicios en exceso.
- Permanezca en lugares cerrados con las ventanas cerradas durante los días en que haya mucha contaminación.

## ❑ EJERCICIO

- Haga ejercicios de precalentamiento antes de realizar actividad física.
- Planifique alternativas para realizar actividad física en espacios cerrados durante los días en que los niveles de contaminación o de polen sean elevados.
- Tome medicamentos antes de hacer ejercicio si se lo indica el médico. (Consulte Zona verde del Plan de acción contra el asma)

## Child Care Asthma Plan

**Health Care Provider:** My signature provides authorization for the above written orders (on Page 1 of Asthma Plan Packet). I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. (This authorization is for a maximum of one year from health care provider's signature date.)

X \_\_\_\_\_  
Health Care Provider Name (printed)

( ) \_\_\_\_\_  
Phone Number

X \_\_\_\_\_  
Health Care Provider Signature (required)

X \_\_\_\_\_  
Date

**Parent/Guardian:** I agree with the above asthma care plan and emergency plan. I will inform child care program if child's health status/medication changes.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (printed)

( ) \_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Emergency Contact Information

Emergency Contact #1	Phone:
Name: _____	( ) _____
Relation: _____	
Emergency Contact # 2	Phone:
Name: _____	( ) _____
Relation: _____	
Emergency Contact # 3	Phone:
Name: _____	( ) _____
Relation: _____	

### Staff Training Information

Staff Name	Trainer (parent or guardian)	Date

This Asthma Plan was developed by a committee facilitated by the Regional Asthma Management and Prevention (RAMP) Initiative, a program of the Public Health Institute. This publication was supported by Cooperative Agreement Number 1U58DP001016-01 from the Centers for Disease Control and Prevention. Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of CDC. This plan is based on the recommendations from the National Heart, Lung, and Blood Institute's, "Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma," NIH Publication No. 07-4051 (August 2007). The information contained herein is intended for the use and convenience of physicians and other medical personnel and may not be appropriate for use in all circumstances. Decisions to adopt any particular recommendation must be made by qualified medical personnel in light of available resources and the circumstances presented by individual patients. No entity or individual involved in the funding or development of this plan makes any warranty or guarantee, express or implied, of the quality, fitness, performance or results of use of the information or products described in the plan or the Guidelines. For additional information, please contact RAMP at (510) 302-3365, <http://www.rampasthma.org>.



## Asthma Medication Authorization Form

Child's Name:	Date of Birth/Age:
Name of Medication: <p style="text-align: center; margin: 0;"><b>albuterol</b></p>	Reason for Medication:
Medication Start Date:     ___/___/___	Medication Expiration Date = Stop Date:     ___/___/___
Times to be given: <b>"See Care Plan"</b>	Amount to be given: <b>"See Care Plan"</b>
Possible Side Effects:	Route: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Topical <input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Above information consistent with label?	Requires Refrigeration: <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Special Instructions:	

\_\_\_\_\_  
Health Care Provider Name (please print)

( ) \_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Health Care Provider Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (please print)

( ) \_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Child Care Program Staff:** This form is active for a maximum of one year from health care provider's signature date (above), and should be renewed annually, or sooner if there are changes to medication or health condition. Authorization form is active from: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.



