



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clasificación de gravedad  Intermitente  Persistente leve  Persistente moderado  Persistente grave

Desencadenantes del asma (lista): \_\_\_\_\_

Mejor marca personal del medidor de flujo espiratorio máximo: \_\_\_\_\_

**Síntomas:** La respiración es buena, sin tos ni sibilancias, puede trabajar y jugar, duerme bien durante la noche.  
Flujo espiratorio máximo \_\_\_\_\_ (más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento/s de control	Medicamento	¿Cuánto tomar?	¿Cuándo y con qué frecuencia?	Tomar
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela

**Actividad física:**  usa albuterol/levalbuterol \_\_\_\_\_ puffs, 15 minutos antes de la actividad  con todas las actividades  
 cuando el niño/a siente que lo necesita

**ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN**

**Síntomas:** Algunos problemas de respiración, tos, sibilancias, pecho apretado, problemas para trabajar o jugar, se despierta durante la noche  
Flujo espiratorio máximo \_\_\_\_\_ (entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

**Medicamento/s de alivio rápido**  albuterol/levalbuterol \_\_\_\_\_ puffs, cada 4 horas según sea necesario

**Medicamento/s de control**  continuar con los medicamentos de la zona verde  
 agregar: \_\_\_\_\_  cambiar por: \_\_\_\_\_

El niño/a se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido. Si el niño/a empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA y llame al médico inmediatamente.

**ZONA ROJA ¡CONSÍGUE AYUDA AHORA!**

**Síntomas:** Muchos problemas respiratorios, no puede trabajar o jugar, empeora en lugar de mejorar, el medicamento no ayuda  
Flujo espiratorio máximo \_\_\_\_\_ (menos de 50% de la mejor marca personal)

¡Tome el medicamento de alivio rápido AHORA!  albuterol/levalbuterol \_\_\_\_\_ puffs, \_\_\_\_\_ (con qué frecuencia)

**LLAME AL 911 INMEDIATAMENTE SI PRESENTA LAS SIGUIENTES SEÑALES DE PELIGRO:**

- Dificultad para caminar/hablar, debido a la falta de aire
- Labios o uñas azules
- Sigue en la zona después de 15 minutos

**Personal escolar:** Siga las instrucciones de la Zona amarilla y roja respecto de los medicamentos de alivio rápido de acuerdo con los síntomas del asma. Los únicos medicamentos de control que podrán administrarse en la escuela son los que figuran en la Zona verde con una tilde junto a "Tomar en la escuela".

Tanto el proveedor de atención médica como el padre/tutor consideran que el niño ha demostrado capacidad para llevar y auto administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

**Proveedor de atención médica**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Número de licencia: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_

**Padre/tutor**

- Autorizo que un enfermero u otro personal escolar administren en la escuela los medicamentos que figuran en el plan de acción.
- Autorizo la comunicación entre el hospital o el proveedor de atención médica que prescribe, el enfermero de la escuela, trabajador social de la escuela que sea necesaria para el control del asma y la administración de medicamentos.
- Autorizo a que mi hijo/a pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



FORMULARIO I  
CERTIFICACIÓN MÉDICA

1. Certifico que el (la) paciente \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años, con número de expediente médico \_\_\_\_\_, es mi paciente desde  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (día/mes/año) y tiene un diagnóstico de asma.

Esta o no está capacitado física y mentalmente para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido. (Favor de marcar con una X):

\_\_\_ Está capacitado  
\_\_\_ No está capacitado

2. He instruido y adiestrado al paciente y/o al padre, madre, tutor o encargado sobre la manera adecuada, correcta y responsable del uso del(los) medicamento(s) incluido(s) en el Plan de Acción. Este adiestramiento incluyó información sobre el tipo de medicamento, rutas y procedimientos a seguir para administrarse por cuenta propia o con la ayuda del padre, madre, tutor o encargado (lo que aplique) los medicamentos, dosis a administrarse, vía y frecuencia de la administración, instrucciones para manejar y formas seguras de almacenar el medicamento.
3. Se incluye el Plan de Acción para continuidad de tratamiento médico, con instrucciones especiales en caso de emergencia.

Nombre del médico (letra de molde): \_\_\_\_\_  
Número de licencia: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_  
Nombre del grupo, Centro o IPA (si aplica): \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de hoy (día/mes/año): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Firma del médico: \_\_\_\_\_

\*Este documento debe renovarse anualmente, o antes si el plan de tratamiento del estudiante cambia.

Uso de la escuela:

Recibido por: \_\_\_\_\_  
(Director de la escuela o representante autorizado)

Fecha \_\_\_\_\_  
Día/ Mes/ Año

Original: Expediente del estudiante en la escuela.  
Copia: Padre, madre, tutor o encargado.

Sello de la Escuela:

