

Mi Plan de Acción para el Asma

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Por favor traer este plan y una lista de sus medicamentos a cada proveedor de salud o visita a la sala de emergencia.

Cosas que voy hacer cada día:



- Conocer mis **desencadenantes del asma** (cosas que hacen que mi asma empeore)
- Mantenerme alejado de mis desencadenantes del asma.
- Estar atento a signos de que mi asma está menos controlado y tomar acción.
- Tomar mi medicina de la forma en que mi médico y yo hablamos, incluso cuando me siento bien.
- Ir a todas mis citas de salud.
- Manténgase alejado de lugares ahumados y no fumar.

Su Medicamento puede incluir

- **Medicamentos de control** (utilizados cada día, incluso cuando me siento bien)
Utilice espaciador si es necesario.
Enjuagar la boca después de uso.
- **Medicamentos de alivio rápido** (sólo utilizar cuando usted tiene signos de asma)
Utilice espaciador si es necesario.
- Si usted tiene asma inducido por el ejercicio, tomar medicamento como estaba previsto **antes** del ejercicio

Me Siento Normal para Mí

- Respiro bien para mí.
- Hago mis cosas normales.
- Duermo bien para mí.
- Utilizo mi medicamento(s) de alivio rápido con la frecuencia que es normal para mí.

ACCIÓN — yo haré

Seguir haciendo las cosas que hago cada día

PRECAUCIÓN — Me Sentir Peor



Necesito tomar medidas si tengo alguno de los siguientes

- Estoy respirando peor hoy.
- Tengo sibilancia o tos.
- Tengo opresión en el pecho o dificultad para respirar.
- Mi nariz me moquea o siento como si tuviera un resfriado.
- Tengo fiebre (más de 101 F) o escalofríos.
- Estoy usando mi inhalador de alivio rápido, nebulizador o otro medicamento con más frecuencia.
- Puedo hacer algunas pero no todas mis cosas normales debido al asma.
- Estoy despertando por la noche debido al asma.

ACCIÓN — yo haré

Tomar mi medicamento de alivio rápido Luego:

Si mis signos mejoran (Zona Verde) dentro de 1 hora después de tomar mi mediana de alivio rápido, voy a seguir tomando mis mismos medicamentos ~ O ~

Si sus signos y los flujos máximos no regresan a la Zona Verde después de 1 hora de tratamiento anterior:

Llamar a mi proveedor de salud

de Teléfono _____

Nueva medicina para mí _____

PELIGRO — Me Siento Mucho Peor



Necesito tomar acción si tengo alguno de los siguientes

- Siento como si no puedo respirar.
- Mi piel se esta succionando al alrededor de mis costillas con cada respiración.
- Mi medicina de alivio rápido no ayuda.
- Mis labios o uñas están color azules.
- Yo no puedo hacer mis cosas normales. Tengo problemas para caminar o hablar debido al asma.
- Me he mantenido en la zona amarilla por más de 24 horas.

ACCIÓN — lo haré Llamar al 911

Voy a buscar ayuda de inmediato.

No voy a conducir yo mismo ni haré que un amigo(a) o familiar me lleve al hospital.

Usar mi nebulizador o tomar mi medicamento de alivio rápido de la forma en que mi proveedor de salud y yo hablamos.