

Mi Plan de Acción para la Enfermedad Pulmonar

Nombre _____ Fecha _____

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

Cosas que haré cada día

- Ser activo y caminar todos los días. Levantarme y hacer cosas.
 - Usar el oxígeno como me indicó mi médico. Comprobar mi oxígeno para asegurarme de que funciona.
 - _____
 - _____
- Tomar mi medicamento de la manera que discutí con mi proveedor, aunque me sienta bien.
 - Asistir a todas mis citas médicas.
 - Comer alimentos saludables, bajos en sodio (sal), grasas saturadas y trans, y no agregar sal a mis alimentos.
 - No fumar. Mantenerme alejado de los lugares con humo u olores que dificulten mi respiración.

Me siento normal para mí

- Mi respiración es normal para mí.
- Mi mucosidad no ha tenido cambios.
- Mi mucosidad es fácil de expectorar y tiene un color normal para mí.

- Hago mis actividades normales.
- Mi alimentación y sueño son normales para mí.
- Mis pensamientos son claros.

PRECAUCIÓN – Debo tomar medidas

ME SIENTO PEOR

- Respiro peor hoy. Tengo sibilancia o tos.
- Estoy usando el inhalador o nebulizador de acción rápida y alivio inmediato con más frecuencia.
- Tengo dificultades para respirar cuando estoy acostado.
- Siento que tengo un resfriado en el pecho.
- Mi mucosidad ha cambiado de color o cantidad.
- Mi mucosidad es difícil de expectorar.
- Me siento más cansado y tengo menos energía.
- Tengo problemas para comer o dormir.
- Tengo fiebre (más de 100 °F) o escalofríos.
- Aumenté o bajé de peso sin querer.

ACCIÓN

1. Comprobaré mi oxígeno para asegurarme de que funciona.
 2. Usaré mi inhalador o nebulizador de acción rápida y alivio inmediato de la manera que discutí con mi proveedor.
 3. Me aseguraré de haber tomado todos mis medicamentos.
 4. Comenzaré a tomar otro medicamento según lo planeado
-
5. Emplearé ejercicios de respiración, como respirar con los labios fruncidos, para ayudarme a respirar.
 6. Haré cosas que me ayuden a relajarme y descansar.
 7. Si no me siento mejor inmediatamente, llamaré a mi **proveedor de salud:**

Nombre: _____

Teléfono: _____

PELIGRO – Tomaré medidas de inmediato

ME SIENTO PEOR

- Siento que no puedo respirar y mi medicamento no está ayudando.
- Tengo dolor en el pecho.
- Siento que voy a desmayarme.
- Mis labios o dedos están azules.
- Me siento con sueño y no puedo pensar con claridad.
- Tengo muchos problemas para caminar y hablar a causa de mi respiración.

ACCIÓN – LLAMARÉ al 911

Buscaré ayuda de inmediato.

NO conduciré yo mismo o haré que un amigo o un familiar me lleve al hospital.

Usaré mi inhalador o nebulizador de acción rápida y alivio inmediato de la manera que discutí con mi proveedor de salud.

