

Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

(Este plan de acción para el asma cumple los requisitos de la ley de NJ N.J.S.A. 18A-40-12.8)
(Ordenes Medicas)

The Pediatric/Adult
Asthma Coalition
of New Jersey
Your Pathway to Asthma Control
www.pacn.org

Sponsored by
AMERICAN
LUNG
ASSOCIATION
NEW JERSEY



Spanish

(en letra de imprenta)

Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de vigencia
Médico	Padre, madre o tutor (si corresponde)	Contacto de emergencia
Teléfono	Teléfono	Teléfono

SALUDABLE (Verde Zona) IIII➔



Usted presenta todo esto:

- La respiración es buena
- Ausencia de tos o silbido en su pecho
- Duerme toda la noche
- Puede trabajar, hacer ejercicio y jugar

Y/o flujo máximo mas de _____

Tome este medicamento(s) todos los días. Algunos inhaladores podrían ser mas eficaces si se usan con una cámara inhaladota – úsela como fue indicada.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Advair® HFA <input type="checkbox"/> 45, <input type="checkbox"/> 115, <input type="checkbox"/> 230	_____ 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Alvesco® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	_____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Dulera® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 200	_____ 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® <input type="checkbox"/> 44, <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	_____ 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Qvar® <input type="checkbox"/> 40, <input type="checkbox"/> 80	_____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Symbicort® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	_____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Advair Diskus® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250, <input type="checkbox"/> 500	_____ 1 inhalación dos veces al día
<input type="checkbox"/> Asmanex® Twisthaler® <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	_____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus® <input type="checkbox"/> 50, <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250	_____ 1 inhalación dos veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler® <input type="checkbox"/> 90, <input type="checkbox"/> 180	_____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (B. desord.) <input type="checkbox"/> 0.25, <input type="checkbox"/> 0.5, <input type="checkbox"/> 1.0	_____ 1 unidad nebulizada <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Singulair (Montelukast) <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 10 mg	_____ 1 pastilla diaria
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Ninguno	

Recuerde enjuagarse la boca después de tomar medicamentos inhalados.

Si el ejercicio desencadena el asma, tome este medicamento _____ minutos antes de hacer ejercicio.

Disparadores

Marcar todos los factores que disparan el asma del paciente:

- Resfriados/ la influenza
- Ejercicios
- Alergias
 - Ácaros, polvo, peluches, alfombras
 - Polen – árboles, césped, monte
 - Moho
 - Mascotas – cacara de animales
 - Pestes – ratones, cucarachas
- Olores (irritantes)
 - Humo de cigarrillo y humo de segunda mano
 - Perfumes, productos de limpieza, productos perfumados
 - Humo de la Madera
- Clima
 - Cambios bruscos de temperatura
 - Temperaturas extremas - caliente o fría
 - Días de alerta ozono
- Alimentos:

ADVERTENCIA (Amarillo Zona) IIII➔



Usted tiene alguno de estos síntomas:

- Tos • Silbido leve
- Pecho apretado
- Tos nocturna
- Otro: _____

Y/o flujo máximo de _____ a _____

Llame a su doctor o vaya a la sala de emergencia si la medicina de alivio rápido no lo ayuda en 15 a 20 minutos, o ha usado la medicina mas de dos veces y los sintomas persisten.

Continúe tomando su(s) medicamento(s) de control diario y AGREGUE medicamento(s) de alivio rápida.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Combivent <input type="checkbox"/> Maxair <input type="checkbox"/> Xopenex®	_____ 2 soplos cada 4 horas según necesite
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Pro-Air <input type="checkbox"/> Proventil®	_____ 2 soplos cada 4 horas según necesite
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	_____ 1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Duoneb	_____ 1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Xopenex® (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	_____ 1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Aumente la dosis o agregue:	
<input type="checkbox"/> Otro	

➔ Llame a su medico necesita la medicina de alivio rápido mas de dos veces por semana, excepto antes de hacer ejercicio.

EMERGENCIA (Rojo Zona) IIII➔

Su asma empeora rápidamente:



- El medicamento de alivio rápido no le ayudó en un lapso de 15 a 20 minutos
- La respiración es difícil o rápida
- Las aletas de la nariz se abren
- Se le ven las costillas
- Tiene problemas para caminar y para hablar
- Tiene los labios azules
- Tiene las uñas azules
- Otro: _____

Y/o un flujo máximo por debajo de _____

Tome estos medicamentos AHORA y LLAME al 911. El asma puede ser una enfermedad potencialmente mortal. ¡No espere!

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Combivent <input type="checkbox"/> Maxair <input type="checkbox"/> Xopenex®	_____ 2 soplos cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Pro-Air <input type="checkbox"/> Proventil®	_____ 2 soplos cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	_____ 1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Duoneb	_____ 1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Xopenex® (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	_____ 1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Otro	

Este plan de tratamiento para el asma ha sido diseñado para ayudar, no a reemplazar, la toma de decisiones clinicas requeridas para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente.

SOLO PARA MENORES:

- Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto, para que se administre a sí mismo los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley de NJ.
- Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

MÉDICO/APN/PA FIRMA _____ FECHA _____

PADRE, MADRE O TUTOR FIRMA _____

SELLO DEL MÉDICO

Haga una copia para el paciente y para el registro del medico. Para niños menores de 18 a años de edad, envíe la copia original a la enfermera o al proveedor de cuidado medico del niño.

REVISADO EN JULIO DE 2012

www.pacn.org

Save

Print

PRINT MEDICINE ONLY

