SPANISH

Mi Plan de Asma

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Nombre del doctor: _____

DOB: _____

Teléfono: _____ Realizado por: _____ Fecha: _____

Medicamentos de uso diario	Cuanto Tomar	Cuantas Veces	Otras Instrucciones
		_____ veces al día **CADA DIA**	
		_____ veces al día **CADA DIA**	
		_____ veces al día **CADA DIA**	
		_____ veces al día **CADA DIA**	

Medicamentos de efecto rápido	Cuanto Tomar	Cuantas Veces	Otras Instrucciones
		Tomar sólo cuando lo necesite	NOTA: si necesita esta medicina frecuentemente, llame a su médico para ver si debe de aumentar el medicamento de uso diario.

Instrucciones especiales cuando me siento *bien,* *mal,* y *muy mal.*

ZONA VERDE

Me siento ***bien.***

(Mi mejor **flujo de aire** está en la zona **VERDE.**)

EVITAR síntomas del asma todos los días:

- ☐ Tomar las medicinas indicadas arriba todos los días.
- ☐ Antes de hacer ejercicio, tomar _____ inhalaciones _____
- ☐ Evitar cosas que empeoren mi asma tales como: _____

ZONA AMARILLA

Me siento ***mal.***

(Mi mejor **flujo de aire** está en la zona **AMARILLA.**)

Mis síntomas incluyen uno o más de los siguientes:

- Silbido al respirar
- Sensación de opresión en el pecho
- Tos
- Falta de aliento
- Despertar por la noche con síntomas de asma
- Menos energía para las actividades diarias
- _____

PRECAUCIÓN: debo seguir tomando la medicina de uso diario y:

- ☐ Tomar _____

Si todavía no me siento bien o mi mejor flujo de aire no está en la ***Zona Verde*** dentro una hora, entonces debo de:

- ☐ Aumentar _____
- ☐ Añadir _____
- ☐ Llamar a _____

ZONA ROJA

Me siento ***muy mal.***

(Mi mejor **flujo de aire** está en la zona **ROJA.**)

Los signos indicativos incluyen uno o más de los siguientes:

- Se me hace más y más difícil respirar
- La falta de respiración no me deja dormir o hacer actividades de costumbre

¡ALERTA! ¡Obtenga ayuda médica!

- ☐ Tomar _____ inmediatamente, hasta que reciba ayuda.
- ☐ Tomar _____
- ☐ Llamar a _____

Mi flujo de aire máximo

80% de mi flujo de aire máximo

50% de mi flujo de aire máximo

Liters/Min.

Peak Flow Meter

¡Peligro! ¡Obtenga ayuda de inmediato! Llame al 911, si tiene problemas al caminar o al hablar por la falta de aliento o si sus labios o las uñas están grises o moradas.

©2001, Public Health Institute (RAMP)

ORIGINAL (PATIENT)