

Mi plan de acción para el asma

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono del proveedor: _____

¿QUÉ ES UN MEDICAMENTO DE CONTROL?

Los medicamentos de control ayudan a prevenir los síntomas del asma. Tómelos todos los días según las indicaciones de su proveedor. Hable con su proveedor sobre cuánto tiempo durarán los medicamentos. Vuelva a surtir los medicamentos entre 5 y 7 días antes de que se acaben.

¿QUÉ ES UN MEDICAMENTO DE RESCATE O ALIVIO RÁPIDO?

Los medicamentos de rescate o alivio rápido actúan rápidamente abriendo las vías respiratorias y facilitando la respiración. Tome estos medicamentos para tratar un ataque de asma. Alivian los síntomas tales como falta de aire, tos, presión en el pecho o respiración sibilante. Estos medicamentos no ayudarán a controlar el asma.

¿CUÁLES SON LOS DESENCADENANTES MÁS COMUNES DEL ASMA?

- Ejercicios
- Enfermedades o resfríos
- Polvo
- Polen
- Emociones
- Moho
- Caspa de mascotas
- Ciertos alimentos
- Humo de tabaco o leña
- Olores fuertes

¿CUÁLES SON MIS DESENCADENANTES DEL ASMA?



MolinaHealthcare.com



¿Tiene alguna pregunta sobre salud?

Llame a nuestra Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas del día. Estamos aquí para ayudarlo. Inglés: (888) 275-8750 Español: (866) 648-3537 TTY/TDD: 711

Distribuido por Molina Healthcare. Todo el material en este folleto es meramente informativo. No reemplaza las recomendaciones de su proveedor. Para obtener esta información en otros idiomas y formatos accesibles, llame al Departamento de Servicios para Miembros. El número telefónico se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación del miembro.

Mi plan de acción para el asma

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del proveedor: _____

Domicilio del proveedor: _____

Número de teléfono del proveedor: _____



ZONA VERDE: Me siento bien

- Mi respiración es normal
- No toso ni respiro con sibilido
- Puedo trabajar y jugar

Mi número de flujo respiratorio máximo _____ hasta _____

Mi mejor flujo respiratorio es: _____

Tomo estos medicamentos todos los días para controlar el asma (medicamento de control):

Medicamento	Cantidad:	Tómelo cuando:	Surtido por última vez:	Necesito un resurtido de:
_____	_____	_____	___/___/___	___/___/___
_____	_____	_____	___/___/___	___/___/___

Antes de hacer ejercicio, tomo:

Medicamento	Cantidad:	Tómelo cuando:	Surtido por última vez:	Necesito un resurtido de:
_____	_____	_____	___/___/___	___/___/___



ZONA AMARILLA: No me siento bien

- Dificultad para respirar
- Me despierto en la noche
- Toso o respiro con sibilido

Mi número de flujo respiratorio máximo _____ hasta _____

Comience a tomar el medicamento de alivio:

Medicamento	Cantidad:	Tómelo cuando:	Surtido por última vez:	Necesito un resurtido de:
_____	_____	_____	___/___/___	___/___/___
_____	_____	_____	___/___/___	___/___/___

Continúe tomando el medicamento de control

Llame a su médico si no mejora en dos días.



ZONA ROJA: Me siento muy mal

- Por ahora, el medicamento no me ayuda
- Respiro fuerte y rápido
- No puedo caminar ni hablar muy bien

Mi número de flujo respiratorio máximo _____ hasta _____

Alerta médica: ¡busque ayuda!

Tome los siguientes medicamentos y llame a su médico de inmediato.

Medicamento	Cantidad:	Tómelo cuando:	Surtido por última vez:	Necesito un resurtido de:
_____	_____	_____	___/___/___	___/___/___
_____	_____	_____	___/___/___	___/___/___

Continúe tomando el medicamento de control

Tome todos los medicamentos de la zona amarilla (más arriba). Llame al 911 si su ataque de asma es grave y no mejora.

Para escuelas/campamentos/deportes:

Al firmar, doy la orden (proveedor)/permiso (padre/madre/tutor) para este plan de acción para el asma. Comprendo que todos los procedimientos se implementarán de acuerdo con las leyes y los reglamentos estatales. El estudiante puede llevar y tomar medicamentos para el asma:

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Acepto eximir al programa/distrito estatal y al personal de la escuela y del programa de toda reclamación de responsabilidad en caso de que mi hijo sufra algún problema adverso luego de tomar medicamentos para el asma.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____