



# MI PLAN DE ACCIÓN DIARIO CONTRA EL ASMA

FECHA  
NOMBRE DEL PACIENTE  
NOMBRE DEL MÉDICO  
PRÓXIMA CONSULTA

LA ZONA VERDE

ME  
SIENTO  
MUY BIEN



**Cuando estoy en la**

**ZONA VERDE:**

- No tengo tos
- No hay silbido en el pecho
- No siento opresión en el pecho

Tomo este medicamento **TODOS LOS DÍAS** para mantener el ASMA BAJO CONTROL:

\_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL MEDICAMENTO)

\_\_\_\_ (DOSIS), \_\_\_\_ veces al día.

\_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL MEDICAMENTO)

\_\_\_\_ (DOSIS), \_\_\_\_ veces al día.

Antes de hacer ejercicio, tomo \_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL MEDICAMENTO) \_\_\_\_ (DOSIS), \_\_\_\_ veces al día.

Otros medicamentos que tomo **TODOS LOS DÍAS** \_\_\_\_\_

Utilice un espaciador con los medicamentos inhaladores. Enjuáguese la boca después de usar el inhalador. Evite los factores desencadenantes del asma como: el humo, los productos químicos fuertes, resfriados y gripes, y cosas que me puedan producir alergias como: \_\_\_\_\_

LA ZONA AMARILLA



**Cuando estoy en la ZONA AMARILLA:**

- Se presentan los primeros síntomas del asma
- Tengo tos leve o silbido
- Comienzo a resfriarme

Para **ALIVIAR RÁPIDAMENTE** los síntomas del asma, tomo:

• \_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL MEDICAMENTO)

\_\_\_\_ (DOSIS), cada \_\_\_\_ a \_\_\_\_ horas.

Para **CONTROLAR EL ASMA**, tomo:

• \_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL MEDICAMENTO)

\_\_\_\_ (DOSIS), \_\_\_\_ veces al día.

También tomo estos medicamentos: \_\_\_\_\_

**LLAMO AL MÉDICO** si los síntomas no mejoran al cabo de \_\_\_\_ días

LA ZONA ROJA

ME  
SIENTO  
MAL

Necesita  
atención  
médica.



**Cuando estoy en la ZONA ROJA:**

- Tengo tos constante
- El silbido del pecho es constante
- Respiro rápidamente

Para **ALIVIAR RÁPIDAMENTE** los síntomas del asma, tomo:

• \_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL MEDICAMENTO) \_\_\_\_ (DOSIS),

cada \_\_\_\_ a \_\_\_\_ horas.

También tomo **ESTEROIDES POR VÍA ORAL (EN PASTILLA O JARABE)**

• \_\_\_\_\_ (NOMBRE DEL MEDICAMENTO) \_\_\_\_ (DOSIS), \_\_\_\_

veces al día.

También tomo estos medicamentos: \_\_\_\_\_

ZONA DE PELIGRO

NECESITO  
AYUDA DE  
INMEDIATO:

911

**LLAME AL 911**  
o vaya a la sala  
de emergencias  
más cercana si:

- Respira muy fuerte rápidamente
- Respira con tanta dificultad que no puede caminar o hablar
- Al respirar hunde el estómago o los espacios entre las costillas
- Los labios o los dedos se le ponen azules

Superar obstáculos (Marque los obstáculos más comunes de la familia para la atención)

Obstáculo	Punto de acción:
Dificultad para resurtir el medicamento	Pida que resurtan su medicina 7 días antes de vaciar; regístrese para resurtidos automáticos
Dificultad para recordar tomar los medicamentos diarios	Discutir la búsqueda de una buena rutina con la enfermera de la escuela y / o proveedor de atención médica
Piensa que el medicamento no está funcionando	Discutir la búsqueda de una buena rutina con la enfermera de la escuela y / o proveedor de atención médica
No tiene transporte para citas médicas	Llame a Servicios para Miembros de TCHP
Tiene otras preguntas sobre el diagnóstico o medicamentos	Hable con el proveedor de atención médica y/o llame a Servicios para Miembros de TCHP para solicitar un administrador de casos
Dificultad para hacer citas	Llame a la línea de Servicios para Miembros de TCHP [insert numbers]
Preocupación por los efectos secundarios de los medicamentos	Analice sus preocupaciones con su proveedor de atención médica. Llame a la Línea de Ayuda de la Enfermera TCHP.

¿TIENE PREGUNTAS? Línea de Asistencia de Enfermería de Texas Children's Health Plan  
las 24 horas de todos los días: 1-800-686-3831