

Asthma Action Plan - For Patients 5 to 11 Years Old (Spanish)
Plan de acción para el asma - Para pacientes de 5 a 11 años de edad

NAME:
 MRN:
 BIRTHDATE:
 AGE:

FECHA DATE: ____/____/____ (dd/mm/aaaa) (mm/dd/yyyy)

<p>ZONA VERDE (Está bien) GREEN ZONE (Doing Well)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La respiración es buena (no hay tos, sibilancias, opresión en el pecho ni dificultad respiratoria durante el día ni la noche) y Breathing is good (no cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night) and, • Puede realizar las actividades usuales (trabajar, jugar y hacer ejercicio) y Able to do usual activities (work, play and exercise) and, • El flujo máximo esta entre el 80% y el 100% de su mejor medida personal: Peak flow is between 80% and 100% of personal best: _____ - _____ 	<p>Medicamentos de control: Suministrar todos los días Controller Medications: Give every day</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Medication Name</u></th> <th><u>Medication Directions</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Si su hijo usualmente tiene síntomas cuando hace ejercicio, entonces suministre: If your child usually has symptoms with exercise, then give: 	<u>Medication Name</u>	<u>Medication Directions</u>				
<u>Medication Name</u>	<u>Medication Directions</u>						
<p>ZONA AMARILLA (Cautela) YELLOW ZONE (Caution)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas para respirar (tos, sibilancias, opresión en el pecho, dificultad respiratoria o despierta cuando está durmiendo) o Breathing problems (cough, wheeze, chest tightness, shortness of breath, or waking up from sleep) or, • Puede hacer algunas pero no todas las actividades usuales o Can do some, but not all usual activities or, • El flujo máximo esta entre el 60% y el 80% de su mejor medida personal: Peak flow is between 60% and 80% of personal best: _____ - _____ 	<p>Medicamentos de rescate Rescue Medications Continúe dando los medicamentos de control según las indicaciones y añada: Continue giving the controller medications as prescribed and add:</p> <p>Suministre: _____ Give: repita después de 20 minutos si es necesario. repeat after 20 minutes, if needed.</p> <p>Luego: Espera 20 minutos y vea si el(los) medicamento(s) ayudaron. Then: Wait 20 minutes and see if the medication(s) helped.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si su niño(a) está EMPEORANDO o NO MEJORA después del (los) tratamiento(s), prosiga a la Zona Roja descrita a continuación. If your child is GETTING WORSE or is NOT IMPROVING after the treatment(s), go to the Red Zone below. • Si su niño(a) MEJORA, continúe los tratamientos cada 4 a 6 horas según sea necesario durante 24 a 48 horas. If your child is BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours as needed for 24 to 48 hours. <p>Luego: Si su hijo(a) todavía tiene síntomas después de 24 horas, LLAME AL DOCTOR DE SU HIJO(A) al If your child still has symptoms after 24 hours, CALL YOUR CHILD'S DOCTOR at _____</p> <p>Si es necesario el medicamento de rescate más de 2 veces por semana, llame al doctor de su hijo(a) If rescue medication is needed more than 2 times a week, call your child's doctor.</p>						

Asthma Action Plan - For Patients 5 to 11 Years Old (Spanish)
Plan de acción para el asma - Para pacientes de 5 a 11 años de edad

NAME:
 MRN:
 BIRTHDATE:
 AGE:

<p>ZONA ROJA (Alerta médica) RED ZONE (Medical Alert)</p> <ul style="list-style-type: none"> La respiración es fuerte y rápida (se ensancha la nariz, se le ven las costillas) o Breathing is hard and fast (nose opens wide, ribs show) or, Los medicamentos de rescate no le han ayudado o Rescue medications have not helped or, No puede hacer las actividades usuales (incluyendo dificultad para hablar o caminar) o Cannot do usual activities (including trouble talking or walking) or, El flujo máximo es menos del 60% de su mejor medida personal: Peak flow is less than 60% of personal best: _____ 	<p style="text-align: center;">Tratamiento de emergencia: Emergency Treatment:</p> <p style="text-align: center;">Suministre estos medicamentos y busque ayuda médica AHORA MISMO. Give these medications and seek medical help NOW.</p> <p>Suministre: Give:</p> <p>_____</p> <p>Luego: Then:</p> <ul style="list-style-type: none"> Espere 15 minutos y vea si el(los) medicamento(s) le ayudaron. Wait 15 minutes and see if the medication(s) helped. Si su hijo(a) EMPEORA o NO MEJORA, vaya al hospital o llame al 9-1-1. If your child is GETTING WORSE or is NOT IMPROVING, go to the hosp call 9-1-1. Si su hijo(a) MEJORA, continúe los tratamientos cada 4 a 6 horas y llame doctor de su hijo(a) - diga que su hijo está sufriendo un ataque de asma que necesita que lo vean HOY. If your child is BETTER, continue treatments every 4 to 6 hours and call y child's doctor - say your child is having an asthma attack and needs to seen TODAY. <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

Seguimiento (sólo para pacientes hospitalizados): Si se le da de alta (egreso) del hospital, por favor de seguimiento con el Dr. _____ dentro de los siguientes 2-3 días en _____.
Follow up (for inpatient only): If you are being discharged from the hospital, please follow up with Dr. [name] within 2-3 days at [location].

Evite siempre los siguientes «desencadenantes»: Always avoid the following triggers:

Plan desarrollado en colaboración con el paciente/persona que lo cuida por (nombre en letra de molde): _____
 Plan Developed in Partnership with Patient/Caregiver by (printed name): _____
 Proveedor # Provider #: _____

Firma _____ Fecha ____/____/____ (dd/mm/aaaa) Hora: _____ A.M./P.M.
 Signature: _____ Date: _____ (mm/dd/yyyy) Time: _____