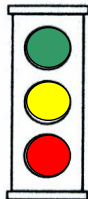


ASTHMA MEDICINE PLAN

Name: _____
 Date of Birth: _____
 School: _____
 Grade: _____
 Doctor: _____
 PERSONAL BEST: _____



You can use the colors of a traffic light to help learn about your asthma medicines.

- GREEN** means **GO**. Use your everyday preventive medicines.
- YELLOW** means **CAUTION**. Use quick-relief medicine.
- RED** means **DANGER!** Use extra medicines and call your doctor **NOW!**

Current Height: _____

GREEN means GO!!!!

- * Breathing is good.
- * No cough or wheeze.
- * Can work and play.

USE EVERYDAY PREVENTIVE MEDICINES.



Medicine	How much to take	Times	Circle One
			Home/School
			Home/School

****20 minutes before sports, use this medicine:** Albuterol
 puff with spacer

Peak flow (80%-100%) _____ to _____

YELLOW means CAUTION!!!!



Cough



Wheeze

1. KEEP TAKING GREEN ZONE MEDICINES.
2. START TAKING QUICK-RELIEF MEDICINE TO KEEP AN ASTHMA ATTACK FROM GETTING BAD.

Medicine	How much to take	Times to take
Albuterol		now and every 4 to 6 hours



Tight Chest



Wake up at Night

****If the patient DOES NOT feel better in 20 to 60 minutes or the peak flow is under _____ (70% of personal best), FOLLOW THE RED ZONE PLAN.**

Peak flow (50%-80%) _____ to _____

****IF THE PATIENT CONTINUES WITH THESE SYMPTOMS FOR 12 TO 24 HOURS, CALL YOUR DOCTOR.**

RED means DANGER!!!

- * Medicine is not helping
- * Breathing is hard and fast
- * Nose opens wide to breathe
- * Can't talk well



**GET HELP FROM A DOCTOR NOW !!!
 GO TO DOCTOR'S OFFICE OR EMERGENCY ROOM!**



TAKE THESE MEDICINES UNTIL YOU SEE THE DOCTOR.



CALL 911 (EMS) IF: Lips or fingernails are blue, or
 The patient is struggling to breathe, or
 The patient does not feel or look better in 20-30 minutes

Medicine	How much to take
Albuterol	now

Peak flow (below 50%) below _____ You may repeat this dose _____ times, 20 minutes apart.

I have instructed _____ (student's name) in the proper way to use his/her medications. It is my professional opinion that _____ (student's name) should be allowed to carry and self-administer the above medications while on school property or at school-related events.

It is my professional opinion that _____ (student's name) should NOT be allowed to carry and self-administer any of his/her asthma medication(s) while on school property or at school related events.

Physician recommendations for Air Quality Alert Orange Days: (Check one)

- Exercise as tolerated No vigorous outdoor activity Other _____

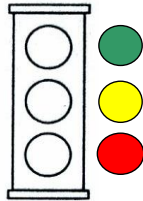
Printed Name of Health Care Provider _____ Signature of Health Care Provider _____ Phone Number _____ Date _____

I, _____, agree with the recommendations of my child's physician as noted above and give permission for my child to receive the above medication(s) as directed. I also give permission for my child to be photographed for identification purposes and for my child's physician to share written or verbal information with the school nurse for the duration of this school year.

Signature of parent/guardian _____ Home Telephone _____ Work Telephone _____ Cell Phone _____ Date _____

PLAN PARA LAS MEDICINAS DEL ASMA

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Escuela _____
 Grado _____
 Doctor: _____
 PORCENTAJE PERSONAL: _____



Usted puede usar los colores del semaforo para ayudarse a aprender sobre sus medicinas.

1. **VERDE significa SIGA.** Use sus medicinas preventivas de todos los días.
2. **AMARILLO significa PRECAUCIÓN.** Use medicinas para rápido alivio
3. **ROJO significa ¡PELIGRO!** Use medicinas adicionales y llame a su doctor ¡YA!

Estatura presente: _____

VERDE significa ¡SIGA!!!

- * La respiración está bien.
- * Sin tos o pillido/pitillo
- * Puede trabajar o jugar.



USE LAS MEDICINAS PREVENTIVAS DE TODOS LOS DIAS

Medicina	Dosis	Horario	Encierre Uno en un Círculo
_____	_____	_____	Casa / Escuela
_____	_____	_____	Casa / Escuela
_____	_____	_____	_____

** 20 minutos antes de hacer deporte, use esta medicina: Albuterol

Flujo Máximo (80%-100%) _____ a _____

AMARILLO significa ¡PRECAUCIÓN!!!



Toser



Jadear



Pecho Apretado



Despertar en la Noche

Flujo Máximo (50%-80%) _____ a _____

1. SIGA TOMANDO LAS MEDICINAS DE LA ZONA VERDE.
2. COMIENCE A TOMAR LAS MEDICINAS PARA RÁPIDO ALIVIO, EVITANDO QUE EL ATAQUE DE ASMA EMPEORE.

Medicina	Dosis	Veces que hay que tomarla
Albuterol	_____	ahora y cada 4 ó 6 horas

** Si el paciente NO se siente mejor en un lapso de 20 a 60 minutos, o si su flujo máximo es más bajo que _____ (70% de porcentaje personal), Siga el plan de la ZONA ROJA.

** SI EL PACIENTE CONTINÚA CON ESTOS SÍNTOMAS POR UN LAPSO DE 12 A 24 HORAS, LLAME A SU DOCTOR.

ROJO significa ¡PELIGRO!!!

- * La medicina no está ayudando
- * La respiración es difícil y acelerada
- * La nariz se abre mucho para respirar
- * No puede hablar bien



¡LLAME A UN DOCTOR, YA !!!



¡VAYA CON UN DOCTOR O A UNA SALA DE EMERGENCIAS !
 TOME ESTAS MEDICINAS MIENTRAS NO VE AL DOCTOR.

LLAME AL 911 (EMS) SI: Los labios o las uñas de los dedos están morados, o
 El (La) paciente está batallando para respirar, o
 El (La) paciente no se siente o se ve mejor en un lapso de 20 a 30 minutos



Medicina	Dosis
Albuterol	ahora

Puede repetir esta dosis _____ con 20 minutos de intervalo

Flujo Máximo (menos de 50%) _____

Mas bajo de _____

He instruido a _____ (nombre del estudiante) sobre la manera adecuada de usar sus medicinas. En mi opinión profesional, se debe permitir a _____ (nombre del estudiante), traer y autoadministrarse las medicinas arriba mencionadas, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela.

En mi opinión profesional NO se debe permitir a _____ (nombre del estudiante), traer y autoadministrarse su medicina (s) para el asma, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela.

Recomendaciones del médico para los Días de Alerta Naranja Para la Calidad Del Aire: (Check one)

- Ejercicio seguin lo tolerado Ninguna actividad vigorosa al aire libre Otro _____

Nombre del Proveedor del Cuidado de la Salud en letra de molde _____

Firma del Proveedor del Cuidado de la Salud _____

Teléfono _____

Fecha _____

Yo, _____ estoy de acuerdo con las recomendaciones del médico de mi hijo(a) anotadas arriba, y autorizo que mi hijo(a) reciba tal medicina(s) como se indica. También autorizo que mi hijo(a) sea fotografiado para propósitos de identificación, y para que el médico de mi hijo(a) comparta información verbal o escrita con la enfermera de la escuela, durante este año escolar.

Firma del padre(madre)/ tutor _____

Teléfono de Casa _____

Teléfono del Trabajo _____

Teléfono Celular _____

Fecha _____

ADAPTADO DE : La Iniciativa Global Contra el Asma (Publicación NIH No. 96-3659C. dic. 1995) y el Christus SDanta Rosa Children's Hospital y el Centro del Barrio, San Antonio

