

### General Information:

Name \_\_\_\_\_  
 Emergency contact \_\_\_\_\_ Phone numbers \_\_\_\_\_  
 Physician/healthcare provider \_\_\_\_\_ Phone numbers \_\_\_\_\_  
 Physician signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Severity Classification**

Intermittent     Moderate Persistent  
 Mild Persistent     Severe Persistent

**Triggers**

Colds     Smoke     Weather  
 Exercise     Dust     Air Pollution  
 Animals     Food  
 Other \_\_\_\_\_

**Exercise**

1. Premedication (how much and when) \_\_\_\_\_  
 2. Exercise modifications \_\_\_\_\_

### Green Zone: Doing Well

**Symptoms**

Breathing is good  
 No cough or wheeze  
 Can work and play  
 Sleeps well at night

**Peak Flow Meter**

More than 80% of personal best or \_\_\_\_\_

### Peak Flow Meter Personal Best =

**Control Medications:**

Medicine	How Much to Take	When to Take It
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Yellow Zone: Getting Worse

**Symptoms**

Some problems breathing  
 Cough, wheeze, or chest tight  
 Problems working or playing  
 Wake at night

**Peak Flow Meter**

Between 50% and 80% of personal best or \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

### Contact physician if using quick relief more than 2 times per week.

**Continue control medicines and add:**

Medicine	How Much to Take	When to Take It
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**IF your symptoms (and peak flow, if used) return to Green Zone after one hour of the quick-relief treatment, THEN**

Take quick-relief medication every 4 hours for 1 to 2 days.  
 Change your long-term control medicine by \_\_\_\_\_  
 Contact your physician for follow-up care.

**IF your symptoms (and peak flow, if used) DO NOT return to Green Zone after one hour of the quick-relief treatment, THEN**

Take quick-relief treatment again.  
 Change your long-term control medicine by \_\_\_\_\_  
 Call your physician/Healthcare provider within \_\_\_\_\_ hour(s) of modifying your medication routine.

### Red Zone: Medical Alert

**Symptoms**

Lots of problems breathing  
 Cannot work or play  
 Getting worse instead of better  
 Medicine is not helping

**Peak Flow Meter**

Less than 50% of personal best or \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

### Ambulance/Emergency Phone Number:

**Continue control medicines and add:**

Medicine	How Much to Take	When to Take It
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Go to the hospital or call for an ambulance if:**

Still in the red zone after 15 minutes.  
 You have not been able to reach your physician/healthcare provider for help.  
 \_\_\_\_\_

**Call an ambulance immediately if the following danger signs are present:**

Trouble walking/talking due to shortness of breath.  
 Lips or fingernails are blue.

# Plan de acción contra el asma



## Información general:

Nombre \_\_\_\_\_  
 Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Números telefónicos \_\_\_\_\_  
 Médico/Proveedor de atención médica \_\_\_\_\_ Números telefónicos \_\_\_\_\_  
 Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Clasificación de la gravedad	Desencadenantes	Actividad física
<input type="radio"/> Intermitente <input type="radio"/> Leve persistente <input type="radio"/> Moderada persistente <input type="radio"/> Severa persistente	<input type="radio"/> Resfríos <input type="radio"/> Fumar <input type="radio"/> Clima <input type="radio"/> Ejercicio <input type="radio"/> Polvo <input type="radio"/> Contaminación <input type="radio"/> Animales <input type="radio"/> Alimentos <input type="radio"/> Otros _____	1. Previa al medicamento (cuánta y cuándo) _____ 2. Modificaciones en la actividad física _____

## Zona verde: se encuentra bien

## Récord obtenido en el medidor de flujo máximo:

### Síntomas

- Respira bien
- No tiene tos ni respiración ruidosa
- Puede trabajar y jugar
- Duerme toda la noche

### Medicamentos de control

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo

### Medidor de flujo máximo

Más del 80% del récord o \_\_\_\_\_

## Zona amarilla: está empeorando

## Comuníquese con el médico si utiliza el medicamento más de 2 veces por semana.

### Síntomas

- Algunas dificultades para respirar
- Tos, respiración ruidosa u opresión en el pecho
- Problemas para trabajar o jugar
- Se despierta por las noches

### Continúe con los medicamentos de control y agregue:

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo

### Medidor de flujo máximo

Entre el 50% y el 80% del récord, o entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

### Si los síntomas (y el flujo máximo, si se mide) regresan a la zona verde después de una hora del tratamiento de alivio rápido:

- Tome el medicamento de alivio rápido cada 4 horas durante 1 ó 2 días.
- Cambie sus medicamentos de control a largo plazo por \_\_\_\_\_
- Comuníquese con su médico para obtener atención de seguimiento

### Si los síntomas (y el flujo máximo, si se mide) NO regresan a la zona verde luego de 1 hora del tratamiento de alivio rápido:

- Tome nuevamente el medicamento de alivio rápido
- Cambie los medicamentos de control a largo plazo por \_\_\_\_\_
- Llame a su médico/Proveedor de atención médica dentro de las \_\_\_\_\_ horas de haber modificado su rutina de medicamentos

## Zona roja: alerta médica

## Número telefónico de emergencias/ la ambulancia:

### Síntomas

- Muchas dificultades para respirar
- No puede trabajar o jugar
- Se empeora en lugar de mejorar
- El medicamento no ayuda

### Continúe con los medicamentos de control y agregue:

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo

### Medidor de flujo máximo

Menos del 50% del récord, o entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

### Dirijase al hospital o llame a una ambulancia si:

- continúa en la zona roja luego de 15 minutos
- no pudo comunicarse con su médico/proveedor de atención médica para solicitar ayuda
- \_\_\_\_\_

### Llame a una ambulancia inmediatamente si se presentan las siguientes señales de peligro:

- Tiene problemas para caminar/hablar debido a la falta de aire
- Los labios o las uñas se tornan de color azul