

Patient Name: _____
 Date of Birth: _____
 Parent Name: _____
 Cell Phone: _____
 Home Phone: _____
 School Name: _____



My Asthma Action Plan

Use traffic light colors to help control asthma.

Asthma Severity Classification*

<input type="checkbox"/> Intermittent: Symptoms \leq 2/days/wk; \leq 2 nights/mo	<input type="checkbox"/> Mild Persistent: Symptoms $>$ 2 days/wk; 3-4 nights/mo
<input type="checkbox"/> Moderate Persistent: Symptoms daily; \geq 5 nights/mo	<input type="checkbox"/> Severe Persistent: Symptoms continual; frequent nights

* These are *partial* criteria for Severity Classification. See national guidelines (EPR-3) for *complete* criteria: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma

GREEN = GO!

I Feel Good

- Breathing is good, and
- No cough, tight chest, or wheeze, and
- Can work or play as normal

Peak Flow number is:
 _____ to _____
 80% 100%



Every-Day Medicines for Prevention and Long-Term Control at home

Medicine	How Much	When

At 15 to 20 minutes *before* sports or hard play take:

_____ sprays **albuterol**, using spacer

YELLOW = TAKE ACTION

I Don't Feel Good



- Cough, or
- Congested/Tight Chest, or
- Trouble breathing, or wheezing

or... Peak Flow number is:
 _____ to _____
 50% 79%

Continue the Green Zone Every-Day Medicine, and **Start Quick-Relief Medicine (albuterol)** at home or school to stop your asthma from getting worse.

1. Start **albuterol** (inhaler with spacer, or by machine) now: 1 spray; then wait 1 minute and repeat.
2. If not improved in 30 minutes, repeat _____ sprays **albuterol**.
3. If improved, then _____ sprays every _____ hours, as needed until _____.

If not improved after taking _____ sprays of **albuterol** _____ times, or if still in Yellow Zone after _____ days, then start _____ and phone Your Doctor: _____

RED = URGENT-EMERGENCY!

I Feel Awful

- Medicine is not helping, or
- Working hard to breathe, or
- Uncontrolled cough, or
- Severe chest tightness/congestion, or
- Trouble talking or walking (**Emergency 911**), or
- Blue lips/nails or drowsy (**Emergency 911**)

or... Peak Flow number is:
 _____ and _____
 0% 49%



Take Quick-Relief Medicine and get help from a doctor, NOW!

1. Take **albuterol** right away: _____ sprays or by machine **and**
2. Start **corticosteroid**: _____ mg. **and**
3. Repeat albuterol _____ sprays or by nebulizer, if necessary, **AND**

Go To Emergency Room / Call 911 NOW. Do Not Wait!

If you go to the Emergency Room, make an appointment with your doctor the next day.

Authorization and Disclaimer from Parent/Guardian: I request that the school assist my child with the above asthma medications and the Asthma Action Plan in accordance with state laws and regulations. Yes No

My child may carry and self-administer asthma medications and I agree to release the school district and school personnel from all claims of liability if my child suffers any adverse reactions from self-administration of asthma medications. Yes No

Print Parent/Guardian Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may carry and self-administer asthma medications: Yes No

(This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Print Provider Name/Credentials: _____ Signature: _____ Date: _____

Provider Phone #: _____ Provider Address: _____



Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del padre: _____
 Teléfono celular: _____
 Teléfono del hogar: _____
 Nombre de la escuela: _____



Mi plan de acción contra el asma

Utilice los colores del semáforo para ayudar a controlar el asma.

Asthma Severity Classification* **Intermittent:** Symptoms ≤ 2 /days/wk; ≤ 2 nights/mo **Mild Persistent:** Symptoms > 2 days/wk; 3-4 nights/mo
 Moderate Persistent: Symptoms daily; ≥ 5 nights/mo **Severe Persistent:** Symptoms continual; frequent nights
 * These are *partial* criteria for Severity Classification. See national guidelines (EPR-3) for *complete* criteria: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma

VERDE = ¡ADELANTE!

Me siento bien

- Respiro bien, **y**
- No tengo tos, opresión en el pecho ni silbido, **y**
- Puedo trabajar o jugar con normalidad, **y**

El índice del flujo máximo es:
 entre _____ y _____
 80% 100%



Medicamentos diarios para la prevención y el control a largo plazo en el hogar

Medicamento	Cantidad	Frecuencia

A los 15 ó 20 minutos *antes* de practicar un deporte o juego intenso, adminístrese:

_____ inhalaciones de **albuterol**, con el espaciador

AMARILLO = ACTÚE

No me siento bien



- Tos, **o**
- Congestionado **u**
- Dificultad para opresión en el pecho, **o**
- respirar **o** silbidos

o... el índice del flujo máximo es entre
 _____ y _____
 50% 79%

Continúe tomando el medicamento diario de la zona verde y **Comience con el medicamento de alivio rápido (albuterol)** en el hogar o en la escuela para evitar que su asma empeore.

1. Comience a tomar **albuterol** (inhalador con espaciador o con una máquina) ahora: 1 inhalación; espere 1 minuto y repita.
2. Si no mejora en 30 minutos, repita _____ inhalaciones de albuterol.
3. Si mejora, administre _____ inhalaciones cada _____ horas, según lo necesite, hasta _____.

Si no mejora después de _____ inhalaciones de albuterol _____ veces, o si continúa en la zona amarilla después de _____ días, entonces comience _____ **y llame a su médico:** _____

ROJO = ¡URGENTE! ¡EMERGENCIA!

Me siento muy mal

- El medicamento no está ayudando, **o**
- Tengo dificultad para respirar, **o**
- Tos incontrolable, **o**
- Congestión/opresión grave en el pecho, **o**
- Dificultad para hablar o caminar (**Emergencia 911**), **o**
- Labios/uñas azules o somnolencia (**Emergencia 911**)

o... el índice del flujo máximo es:
 entre _____ y _____
 0% 49%



Tome un medicamento de alivio rápido y busque ayuda con un médico, ¡AHORA!

1. Tome **albuterol** de inmediato: _____ inhalaciones o con una máquina y
2. Comience a tomar un **corticosteroide:** _____ mg y
3. Repita _____ inhalaciones de albuterol o con un nebulizador, si fuera necesario, **Y**

Vaya A La Sala De Emergencia / Llame al 911 Ahora. ¡No espere!

Si va a la sala de emergencia, pida una cita con su médico para el día siguiente.

Autorización y exención de responsabilidad del padre/tutor: Solicito que la escuela ayude a mi hijo/a con los medicamentos contra el asma indicados arriba y el plan de acción contra el asma de acuerdo con las leyes y la reglamentación estatal. Sí No

Mi hijo/a puede llevar y administrarse medicamentos contra el asma y yo acepto eximir de toda responsabilidad al distrito escolar y al personal de la escuela si mi hijo/a llegara a sufrir alguna reacción adversa por administrarse los medicamentos contra el asma. Sí No

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

Proveedor de atención médica: Mi firma concede autorización para las órdenes escritas antes mencionadas. Entiendo que todos los procedimientos se implementarán de acuerdo con las leyes y la reglamentación estatal. El alumno puede llevar y administrarse medicamentos contra el asma: Sí No
 (Esta autorización estará vigente durante un año como máximo desde la fecha de la firma).

Nombre del proveedor/credenciales: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono del proveedor: _____ Dirección del proveedor: _____

