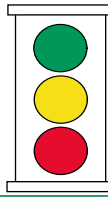


Name: \_\_\_\_\_  
 DOB (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_  
 School: \_\_\_\_\_



### ASTHMA ACTION PLAN

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

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

## GREEN means GO!!! USE PREVENTION MEDICINES EVERY DAY

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

Not Applicable (no prevention medicines)

Medicine	How Much to Take	Times to Take	Take at:	
			Home?	School?
▼	▼	▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▼	▼	▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▼	▼	▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



20 minutes before exercise use this medicine: \_\_\_\_\_ ▼

## YELLOW means CAUTION!!!! START TAKING QUICK RELIEF MEDICINE



Cough



Wheeze

TAKE QUICK-RELIEF MEDICINE TO KEEP AN ASTHMA ATTACK FROM GETTING BAD AND KEEP TAKING GREEN ZONE MEDICINES

Medicine	How Much to Take	Times to Take	Take at:	
			Home?	School?
▼	▼	Every 4 - 6 hours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▼	▼	▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tight Chest



Wake up at Night

\*If you DO NOT feel better in 20 to 60 minutes FOLLOW THE RED ZONE PLAN  
 \*\*IF SYMPTOMS CONTINUE FOR 12 TO 24 HOURS, CALL YOUR DOCTOR

## RED means DANGER!!! GET HELP FROM A DOCTOR NOW !!!

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

GO TO DOCTOR'S OFFICE OR EMERGENCY ROOM!  
 TAKE THESE MEDICINES UNTIL YOU SEE THE DOCTOR.

Medicine	How Much to Take		
▼	▼	Repeat	▼ times, 20 min. apart
▼	▼		



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



### Air Quality Alert Days:

The national recommendation is to avoid outdoor exercise when levels of air pollution are high.

### Physician recommendations for medication self-administration: (Check one)

- The student above has been instructed by me in the proper way to use his/her medications. It is my professional opinion that he/she should be allowed to carry and self-administer the above medications while on school property or at school related events. (Optional for middle & high school students. NOT recommended for elementary students.)
- The student above, in my professional opinion, 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. (Recommended for all elementary students.)

Printed Name of Health Care Provider \_\_\_\_\_ Signature of Health Care Provider \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_ Date Mar 29, 2010

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's physician and the school nurse to share written or verbal information for the duration of this school year.

Signature of parent/guardian \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Home Telephone \_\_\_\_\_

Work Telephone \_\_\_\_\_

Cell Phone \_\_\_\_\_



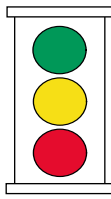
Clear Form

Print Form

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_



**PLAN DE ACCIÓN PARA CONTROLAR EL ASMA**

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

- 1. VERDE significa SIGA. Use sus medicinas preventivas 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!

**VERDE significa ¡SIGA!**

**USE LAS MEDICINAS PREVENTIVAS TODOS LOS DÍAS**

- \* La respiración está bien
- \* Sin tos o pillido/silbido
- \* Puede trabajar y jugar

No es el caso (no usa medicamentos preventivos)

Medicina	Dosis	Horario	¿Tomarlo en:	
			casa?	escuela?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



20 minutos antes de hacer ejercicio, use esta medicina:

**AMARILLO significa ¡PRECAUCIÓN!**

**EMPIECE A TOMAR MEDICAMENTOS DE ALIVIO RÁPIDO**



Tos



Silbido



Pecho Apretado    Despertar en la Noche



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

Medicina	Dosis	Horario	¿Tomarlo en:	
			casa?	escuela?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- \* Si NO se siente mejor en un lapso de 20 a 60 minutos siga el plan de la ZONA ROJA
- \*\* SI CONTINÚA CON ESTOS SÍNTOMAS POR UN LAPSO DE 12 A 24 HORAS, LLAME A SU DOCTOR

**ROJO significa ¡PELIGRO!**

**¡VAYA AL DOCTOR, YA!**

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

¡VAYA A UN DOCTOR O A UNA SALA DE EMERGENCIAS!  
TOME ESTAS MEDICINAS HASTA QUE CONSULTE AL DOCTOR

Medicina	Dosis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Puede repetir esta dosis con 20 minutos de intervalo



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

**Días de Alerta Para la Calidad Del Aire:**

Cuando la contaminación ambiental es alta la recomendación nacional es evitar el ejercicio al aire libre.

**Recomendaciones del médico para autoadministración de las medicinas: (Check one)**

- He instruido el estudiante nombrado sobre la manera adecuada de usar sus medicinas. En mi opinión profesional, se debe permitirle 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, el estudiante nombrado NO deberá traer ni autoadministrarse su medicina (s) para el asma, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela.

Nombre del Proveedor del Cuidado

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 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

Fecha

Teléfono de Casa

Teléfono de Trabajo

Teléfono de Celular

