

Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

(Este plan de acción para el asma cumple los requisitos de la ley de NJ N.J.S.A. 18A-40-12.8)

(Ordenes Medicas)

(en letra de imprenta)

The Pediatric/Adult
Asthma Coalition
of New Jersey
"Your Pathway to Asthma Control"
PACU approved Plan available at
www.pacnj.org

Sponsored by
AMERICAN
LUNG
ASSOCIATION
IN NEW JERSEY

NJ Health
New Jersey Department of Health



Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de vigencia
Médico	Padre, madre o tutor (si corresponde)	Contacto de emergencia
Teléfono	Teléfono	Teléfono

SALUDABLE (Verde Zona) IIII ➡



Usted presenta todo esto:

- La respiración es buena
- Ausencia de tos o silbido en su pecho
- Duerme toda la noche
- Puede trabajar, hacer ejercicio y jugar

Y/o flujo máximo mas de _____

Tome este medicamento(s) todos los días. Algunos inhaladores podrían ser mas eficaces si se usan con una cámara inhaladota – úsela como fue indicada.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
☐ Advair® HFA ☐ 45, ☐ 115, ☐ 230	2 soplos dos veces al día
☐ Aerospir™	☐ 1 ☐ 2 soplos dos veces al día
☐ Alvesco® ☐ 80, ☐ 160	☐ 1 ☐ 2 soplos dos veces al día
☐ Dulera ☐ 100, ☐ 200	2 soplos dos veces al día
☐ Flovent® ☐ 44, ☐ 110, ☐ 220	2 soplos dos veces al día
☐ Qvar® ☐ 40, ☐ 80	☐ 1 ☐ 2 soplos dos veces al día
☐ Symbicort® ☐ 80, ☐ 160	☐ 1 ☐ 2 soplos dos veces al día
☐ Advair Diskus ☐ 100, ☐ 250, ☐ 500	1 inhalación dos veces al día
☐ Asmanex® Twisthaler® ☐ 110, ☐ 220	☐ 1 ☐ 2 inhalaciones ☐ una vez ☐ dos veces al día
☐ Flovent® Diskus® ☐ 50, ☐ 100, ☐ 250	1 inhalación dos veces al día
☐ Pulmicort Flexhaler® ☐ 90, ☐ 180	☐ 1 ☐ 2 inhalaciones ☐ una vez ☐ dos veces al día
☐ Pulmicort Respules® (Budesonide) ☐ 0.25, ☐ 0.5, ☐ 1.0	1 unidad nebulizada ☐ una vez ☐ dos veces al día
☐ Singulair (Montelukast) ☐ 4, ☐ 5, ☐ 10 mg	1 pastilla diaria
☐ Otro	
☐ Ninguno	

Recuerde enjuagarse la boca después de tomar medicamentos inhalados.

Si el ejercicio desencadena el asma, tome _____ soplo(s) _____ minutos antes de hacer ejercicio.

ADVERTENCIA (Amarillo Zona) IIII ➡



Usted tiene alguno de estos síntomas:

- Tos • Silbido leve
- Pecho apretado
- Tos nocturna
- Otro: _____

Y/o flujo máximo de _____ a _____

Llame a su doctor o vaya a la sala de emergencia si la medicina de alivio rápido no lo ayuda en 15 a 20 minutos, o ha usado la medicina mas de dos veces y los síntomas persisten.

Continúe tomando su(s) medicamento(s) de control diario y AGREGUE medicamento(s) de alivio rápida.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
☐ Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	2 soplos cada 4 horas según necesite
☐ Xopenex®	2 soplos cada 4 horas según necesite
☐ Albuterol ☐ 1.25, ☐ 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Duoneb	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Xopenex® (Levalbuterol) ☐ 0.31, ☐ 0.63, ☐ 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Combivent Respimat®	1 inhalación cuatro veces al día
☐ Aumente la dosis o agregue:	
☐ Otro	

➡ Llame a su medico si necesita la medicina de alivio rápido mas de dos veces por semana, excepto antes de hacer ejercicio.

EMERGENCIA (Rojo Zona) IIII ➡

Su asma empeora rápidamente:

- El medicamento de alivio rápido no le ayudó en un lapso de 15 a 20 minutos
- La respiración es difícil o rápida
- Las aletas de la nariz se abren
- Se le ven las costillas
- Tiene problemas para caminar y para hablar
- Tiene los labios azules
- Tiene las uñas azules
- Otro: _____

Y/o un flujo máximo por debajo de _____

Tome estos medicamentos AHORA y LLAME al 911.

El asma puede ser una enfermedad potencialmente mortal. ¡No espere!

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
☐ Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	4 soplos cada 20 minutos
☐ Xopenex®	4 soplos cada 20 minutos
☐ Albuterol ☐ 1.25, ☐ 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Duoneb	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Xopenex® (Levalbuterol) ☐ 0.31, ☐ 0.63, ☐ 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Combivent Respimat®	1 inhalación cuatro veces al día
☐ Otro	

Disparadores
Marcar todos los factores que disparan el asma del paciente:

- ☐ Resfriados/ la influenza
- ☐ Ejercicios
- ☐ Alergias
 - Ácaros, polvo, peluches, alfombras
 - Polen – árboles, césped, monte
 - Moho
 - Mascotas – caspa de animales
 - Pestes – ratones, cucarachas
- ☐ Olores (irritantes)
 - Humo de cigarrillo y humo de segunda mano
 - Perfumes, productos de limpieza, productos perfumados
 - Humo de la Madera
- ☐ Clima
 - Cambios bruscos de temperatura
 - Temperaturas extremas – caliente o fría
 - Días de alerta ozono
- ☐ Alimentos:
 - _____
 - _____
 - _____
- ☐ Otros:
 - _____
 - _____
 - _____

Este plan de tratamiento para el asma ha sido diseñado para ayudar, no a reemplazar, la toma de decisiones clínicas requeridas para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente.

REVISADO EN AGOSTO DE 2014
Permiso para reproducir el formulario en blanco aprobado por • www.pacnj.org

SOLO PARA MENORES:

- ☐ Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto, para que se administre a sí mismo los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley de NJ.
- ☐ Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

MÉDICO/APN/PA FIRMA _____ FECHA _____

(Ordenes Medicas)

PADRE, MADRE O TUTOR FIRMA _____

SELLO DEL MÉDICO

Save

Print

Print Only Selected Medicines

Haga una copia para el representante y para el archivo del medico, y envíe el original a la enfermera o al proveedor de cuidado medico.

Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

Instrucciones para Padres/Representantes



El Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey fue diseñado para ayudar a entender los pasos necesarios que cada paciente debe seguir para alcanzar el control de su asma.

1. Pacientes/Padres/Representantes: Complete la parte izquierda del comienzo del formulario antes de dársela a su Proveedor del Cuidado de su Salud con:

- Nombre del paciente
- Nombre del padre/representante y número de teléfono
- Nombre y teléfono del doctor del paciente
- Fecha de nacimiento del paciente
- Nombre y teléfono del contacto de emergencia del paciente

2. Su Proveedor del Cuidado de Salud:

Completa las siguientes partes:

- La fecha en que el plan fue puesto en efecto
- La información de la medicina para las secciones Saludable, Precaución y Emergencia
- Su Proveedor del Cuidado de Salud marcará el casillero al lado del medicamento e indicará qué cantidad y cuántas veces debe tomar el medicamento
- Su Proveedor del Cuidado de su Salud puede que indique **"OTRO" y:**
 - ❖ Escribe en el formulario medicamentos de asma que no aparecen en el formulario
 - ❖ Escribe en el formulario medicamentos adicionales que controlaran su asma
 - ❖ Escribe en el formulario medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marcas reconocidas
- Juntos, usted y su Proveedor del Cuidado de Salud decidirán que tratamientos usted o su niño deberán seguir para mejorar su asma

3. Pacientes/Padres/Representantes y Proveedores del Cuidado de Salud:

Discutan antes de completar las siguientes partes del formulario:

- Los niveles del medidor de flujo en las secciones de: Saludable, Precaución y Emergencia, en la parte izquierda del formulario
- Los provocadores del asma del paciente en la parte derecha del formulario
- La parte de abajo del formulario es **Solamente Para Menores:** Discuta la habilidad de su niño de utilizar, sin ninguna ayuda, medicamentos inhaladores. Usted y el Proveedor de Salud de su niño deberán marcar, firmar y fechar en la parte apropiada del formulario

4. Padres/Representantes: Después de completar el formulario con su Proveedor del Cuidado de la Salud:

- Sáquele copias al Plan para el Tratamiento del Asma de su niño y déle la copia original y firmada a la enfermera de la escuela de su niño o al proveedor del cuidado de su niño
- Mantenga una copia disponible en su casa para poder manejar con facilidad el asma del niño
- Déle una copia del Plan para el Tratamiento del Asma a todas aquellas personas que le proporcionan cuidado a su niño: niñeras, personal de cuidado del niño antes o después de la escuela, entrenadores y líderes de scout

AUTORIZACION DEL PADRE/REPRESENTANTE

Yo, por medio de la presente, autorizo que mi niño reciba su medicamento en la escuela, como fue prescrito en el Plan de Tratamiento para el Asma. El medicamento mantenerse y ser aplicado en su contenido original, como fue prescrito, y debe llevar la etiqueta original, marcada por el farmacéutico o médico. También yo doy permiso para que la información médica de mi niño este a la disposición y pueda ser intercambiada entre la enfermera de la escuela y el proveedor de la salud de mi niño. Además, yo entiendo que esta información médica será compartida y estará a la disposición del personal de la escuela cuando la necesite.

Firma del Padre/Representante

Teléfono

Fecha

LLENE ESTA SECCION DE ABAJO SOLO SI SU PROVEEDOR DE SALUD INDICO, EN LA PARTE DE ENFRETE DE ESTA FORMA, QUE SU NIÑO TIENE PERMISO PARA ADMINISTRARSE SU MEDICAMENTO DEL ASMA.

ESTAS RECOMENDACIONES SON EFECTIVAS POR (1) AÑO ESCOLAR Y DEBRAN SER ACTUALIZADAS ANUALMENTE

- ☐ Yo solicito que se le PERMITA a mi niño llevar el siguiente medicamento _____ para su administración personal en la escuela y de acuerdo con la ley de Nueva Jersey N.J.A.C.:6A:16-2.3. (siglas en ingles). Yo doy permiso para que mi niño se administre su medicamento, como fue prescrito en su Plan de Tratamiento para el Asma, durante este año escolar. Yo considero que el/ella es responsable y puede llevar, guardar y aplicarse el medicamento. El medicamento debe mantenerse en el envase original en el cual fue prescrito. Yo entiendo que el distrito de la escuela, sus directivos y empleados no serán responsables si el estudiante presenta un problema o condición debido a la aplicación de su medicamento, el cual aparece prescrito en su plan de tratamiento.
- ☐ **YO NO** solicito que mi niño/a se administre el medicamento del asma en la escuela.

Firma del Padre/Representante

Teléfono

Fecha