



Asthma Treatment Plan

Plan para tratar el asma

Child / Niño

NAME / NOMBRE

DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO

ADDRESS / DIRECCIÓN

Parents, Guardians, Emergency Contacts / Padres, tutores, contactos en caso de urgencia

NAME / NOMBRE

RELATIONSHIP / PARENTESCO

ADDRESS / DIRECCIÓN

PHONE (HOME) / TELÉFONO (EN CASA)

(WORK) / (EN EL TRABAJO)

NAME / NOMBRE

RELATIONSHIP / PARENTESCO

ADDRESS / DIRECCIÓN

PHONE (HOME) / TELÉFONO (EN CASA)

(WORK) / (EN EL TRABAJO)

NAME / NOMBRE

RELATIONSHIP / PARENTESCO

ADDRESS / DIRECCIÓN

PHONE (HOME) / TELÉFONO (EN CASA)

(WORK) / (EN EL TRABAJO)

Doctor / Médico

NAME / NOMBRE

ADDRESS / DIRECCIÓN

PHONE / TELÉFONO

HOSPITAL / HOSPITAL

Triggers / Activadores

Which things cause your child to have asthma episodes? / ¿Qué cosas le producen episodios de asma al niño?

- Smoke / Humo
- Molds / Mohos
- Animals / Animales
- Exercise / Ejercicio
- Strong odors and fumes / Olores y vapores fuertes
- Chalk dust / Polvo de tiza (giz)
- Dust and Dust mites / Polvo y ácaros
- Pollens / Polen
- Changes in temperature / Cambios de temperatura
- Other / Otros: _____

COMMENTS / COMENTARIOS:

DATE / FECHA

DOCTOR'S SIGNATURE / FIRMA DEL MÉDICO

PARENT'S SIGNATURE / FIRMA DE PADRE



Asthma Treatment Plan

Plan para tratar el asma

NAME / NOMBRE _____

GREEN ZONE: Doing Fine! ZONA VERDE: ¡Vas bien!

Use control medicine every day to stay well (if prescribed by doctor).
Usa el remedio de control diario para estar bien (si así te lo recetó el médico).

Breathing is good. / *Respira bien.*
No cough or wheeze. / *No tose ni resolla.*
Can work and play. / *Puede trabajar y jugar.*

IF A PEAK FLOW METER IS USED

Peak flow: more than _____
(80% or more of best peak flow)

SI USASTE EL ESPIRÓMETRO

Flujo máximo: más de _____
(80 % o más del mejor flujo máximo)

Medicine Medicamento	How Much? ¿Cuánto?	When? ¿Cuándo?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Before sports or exercise / Antes de practicar un deporte o hacer ejercicio

Medicine Medicamento	How Much? ¿Cuánto?	When? ¿Cuándo?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

YELLOW ZONE: Caution ZONA AMARILLA: Precaución

Use quick-relief medicine.
Usa el medicamento de alivio rápido.

Cough, wheeze, chest tightness,
or waking at night because of asthma
*Tos, resuellos, opresión en el pecho
o despertarse de noche por causa del asma*

Peak flow: more than _____
(50% - 80% or more of best peak flow)

Flujo máximo: más de _____
(50 al 80 % o más del mejor flujo máximo)

Medicine Medicamento	How Much? ¿Cuánto?	When? ¿Cuándo?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

If you need to use your quick relief medicine more than twice a week or wake up more than once a week because of your asthma, call your doctor.
Si tienes que usar el medicamento para alivio rápido más de dos veces por semana o te despiertas más de una vez por semana debido al asma, llama al médico.

RED ZONE: Danger! ZONA ROJA: ¡Peligro!

GET HELP FROM A DOCTOR NOW!
¡ACUDE AL MÉDICO AHORA MISMO!

Very short of breath.
Quick-relief medicines have not helped.
Muy falta de aliento. Los medicamentos de alivio rápido no ayudan.

Peak flow: under _____
(less than 50% of best peak flow)

Flujo máximo: menos de _____
(menos del 50 % del mejor flujo máximo)

Medicine Medicamento	How Much? ¿Cuánto?	When? ¿Cuándo?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Go to the hospital or call 911 if you are still in the red zone after 15 minutes and haven't reached a doctor. / *Acude al hospital o llama al 911 si permaneces en la zona roja más de 15 minutos y no te has comunicado con el médico.*

RED ZONE DANGER SIGNS/SEÑALES DE PELIGRO DE LA ZONA ROJA

Can't walk or talk well. / *No puede caminar ni hablar bien.*
Lips or fingernails are blue. / *Los labios o las uñas se le han puesto azules.*



Call 911 NOW!
Llama al 911 ¡YA!