

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clasificación de gravedad  Intermitente  Persistente leve  Persistente moderado  Persistente grave

Desencadenantes del asma (lista) \_\_\_\_\_

Mejor marca personal del flujómetro \_\_\_\_\_

## Zona verde: Anda bien

Síntomas: La respiración es buena – Sin tos ni resuello – Puede trabajar y jugar – Duerme bien a la noche

Flujómetro \_\_\_\_\_ (más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento/s de control	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Actividad física  usa albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, 15 minutos antes de la actividad  con todas las actividades  
 cuando siente que la necesita

Síntomas: Algunos problemas de respiración – Tos, resuello, u opresión en el pecho – Problemas para trabajar o jugar – Se despierta a la noche

Flujómetro \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

Medicamento/s de alivio rápido  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, cada 4 horas según sea necesario

Medicamento/s de control  Continuar con los medicamentos de la Zona verde  
 Agregar \_\_\_\_\_  Cambiar por \_\_\_\_\_

Debe sentirse mejor dentro de 20-60 minutos del tratamiento de alivio rápido. Si usted está empeorando o se encuentran en la Zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones en de la ZONA ROJA y llame al médico inmediatamente.

## Zona roja: ¡Consigue ayuda ahora!

Síntomas: Muchos problemas de respiración – No puede trabajar o jugar – Empeora en vez de mejorar – El medicamento no ayuda

Flujómetro \_\_\_\_\_ (menos del 50% de la mejor marca personal)

¡Tome el medicamento de alivio rápido AHORA!  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, \_\_\_\_\_ (con qué frecuencia)

Llame al 911 inmediatamente si presenta las siguientes señales de peligro

- Dificultad para caminar/hablar debido a la falta de aire
- Labios o uñas azules
- Sigue en la zona roja después de 15 minutos

Contacto de emergencia Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_