

# Plan ASMA (para el autocontrol del asma) *(véase al dorso la información para el control del asma)*

Plan ASMA para \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Teléfono del médico \_\_\_\_\_ Fuera del horario laboral \_\_\_\_\_  
 Teléfono del hospital/departamento de emergencias \_\_\_\_\_

Mis medicamentos de control: \_\_\_\_\_

Mi medicamento de alivio rápido: \_\_\_\_\_

**Mi mejor flujo máximo** \_\_\_\_\_

## ZONA VERDE: Está bien

### Usted se siente bien:

- No tiene tos
- No tiene sibilancias
- La respiración es buena durante el día y la noche
- Puede realizar las actividades habituales

y

**Flujo máximo:  
superior a \_\_\_\_\_  
(>80% del mejor)**

**Incluso si no tiene síntomas, usted sigue teniendo asma.  
Tome diariamente estos medicamentos para el control a largo plazo.**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo
	Inhalaciones:	De 10 a 30 minutos antes del ejercicio

## ZONA AMARILLA: El asma está empeorando

### Tiene cualquiera de los siguientes:

- Tos
- Sibilancias
- Dificultad para respirar
- Se despierta por la noche debido al asma
- No puede hacer algunas de sus actividades habituales

o

**Flujo máximo:  
de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(50%–80% del mejor)**

**1 Siga tomando sus medicamentos de control cada día.**

**2 Añada el medicamento de alivio rápido:**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo
	Inhalaciones:	Cada 20 minutos hasta por 1 hora

**3 Si sus síntomas no mejoran en \_\_\_ días, llame a su médico.  
Su médico le podrá indicar que tome los siguientes medicamentos:**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo

## ZONA ROJA: ¡Consiga ayuda médica!

### Tiene cualquiera de los siguientes:

- Los medicamentos no están haciendo efecto
- Le es difícil respirar
- Los labios y las uñas están azulados
- No puede caminar ni hablar bien

o

**Flujo máximo:  
inferior a \_\_\_\_\_  
(<50% del mejor)**

**¡Tome estos medicamentos ahora mismo!**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo
	Inhalaciones:	<b>¡AHORA MISMO!</b>

**Si no puede hablar con su médico o enfermera:  
Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana y lleve este formulario.**

Personas que deben tener una copia de mi plan ASMA: cónyuge, compañeros de trabajo, familiares/amigos.

# Plan ASMA (para el autocontrol del asma) *(véase al dorso la información para el control del asma)*

Plan ASMA para \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Teléfono del médico \_\_\_\_\_ Fuera del horario laboral \_\_\_\_\_  
 Teléfono del hospital/departamento de emergencias \_\_\_\_\_

Mis medicamentos de control: \_\_\_\_\_

Mi medicamento de alivio rápido: \_\_\_\_\_

**Mi mejor flujo máximo** \_\_\_\_\_

## ZONA VERDE: Está bien

### Usted se siente bien:

- No tiene tos
- No tiene sibilancias
- La respiración es buena durante el día y la noche
- Puede realizar las actividades habituales

y

**Flujo máximo:  
superior a \_\_\_\_\_  
(>80% del mejor)**

**Incluso si no tiene síntomas, usted sigue teniendo asma.  
Tome diariamente estos medicamentos para el control a largo plazo.**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo
	Inhalaciones:	De 10 a 30 minutos antes del ejercicio

## ZONA AMARILLA: El asma está empeorando

### Tiene cualquiera de los siguientes:

- Tos
- Sibilancias
- Dificultad para respirar
- Se despierta por la noche debido al asma
- No puede hacer algunas de sus actividades habituales

o

**Flujo máximo:  
de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(50%–80% del mejor)**

**1 Siga tomando sus medicamentos de control cada día.**

**2 Añada el medicamento de alivio rápido:**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo
	Inhalaciones:	Cada 20 minutos hasta por 1 hora

**3 Si sus síntomas no mejoran en \_\_\_ días, llame a su médico.  
Su médico le podrá indicar que tome los siguientes medicamentos:**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo

## ZONA ROJA: ¡Consiga ayuda médica!

### Tiene cualquiera de los siguientes:

- Los medicamentos no están haciendo efecto
- Le es difícil respirar
- Los labios y las uñas están azulados
- No puede caminar ni hablar bien

o

**Flujo máximo:  
inferior a \_\_\_\_\_  
(<50% del mejor)**

**¡Tome estos medicamentos ahora mismo!**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo
	Inhalaciones:	<b>¡AHORA MISMO!</b>

**Si no puede hablar con su médico o enfermera:  
Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana y lleve este formulario.**

Personas que deben tener una copia de mi plan ASMA: cónyuge, compañeros de trabajo, familiares/amigos.

# Plan ASMA (para el autocontrol del asma) *(véase al dorso la información para el control del asma)*

Plan ASMA para \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Teléfono del médico \_\_\_\_\_ Fuera del horario laboral \_\_\_\_\_  
 Teléfono del hospital/departamento de emergencias \_\_\_\_\_

Mis medicamentos de control: \_\_\_\_\_

Mi medicamento de alivio rápido: \_\_\_\_\_

**Mi mejor flujo máximo** \_\_\_\_\_

## ZONA VERDE: Está bien

### Usted se siente bien:

- No tiene tos
- No tiene sibilancias
- La respiración es buena durante el día y la noche
- Puede realizar las actividades habituales

y

**Flujo máximo:  
superior a \_\_\_\_\_  
(>80% del mejor)**

**Incluso si no tiene síntomas, usted sigue teniendo asma.  
Tome diariamente estos medicamentos para el control a largo plazo.**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo
	Inhalaciones:	De 10 a 30 minutos antes del ejercicio

## ZONA AMARILLA: El asma está empeorando

### Tiene cualquiera de los siguientes:

- Tos
- Sibilancias
- Dificultad para respirar
- Se despierta por la noche debido al asma
- No puede hacer algunas de sus actividades habituales

o

**Flujo máximo:  
de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(50%–80% del mejor)**

**1 Siga tomando sus medicamentos de control cada día.**

**2 Añada el medicamento de alivio rápido:**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo
	Inhalaciones:	Cada 20 minutos hasta por 1 hora

**3 Si sus síntomas no mejoran en \_\_\_\_ días, llame a su médico.  
Su médico le podrá indicar que tome los siguientes medicamentos:**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo

## ZONA ROJA: ¡Consiga ayuda médica!

### Tiene cualquiera de los siguientes:

- Los medicamentos no están haciendo efecto
- Le es difícil respirar
- Los labios y las uñas están azulados
- No puede caminar ni hablar bien

o

**Flujo máximo:  
inferior a \_\_\_\_\_  
(<50% del mejor)**

**¡Tome estos medicamentos ahora mismo!**

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Cuándo debe tomarlo
	Inhalaciones:	<b>¡AHORA MISMO!</b>

**Si no puede hablar con su médico o enfermera:  
Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana y lleve este formulario.**

Personas que deben tener una copia de mi plan ASMA: cónyuge, compañeros de trabajo, familiares/amigos.

## ¿Cuáles son sus desencadenantes de asma?

---

Resfriados/gripe    Ejercicio    Animales    Polvo    Humo    Moho    Aire frío    Polen    Otros \_\_\_\_\_

### Control del asma: ¿Qué significa para usted?

#### Los objetivos del tratamiento contra el asma son ayudarlo a:

- Sentir un alivio de los síntomas del asma como las sibilancias, la tos, la falta de aliento y la opresión en el pecho
- Necesitar un inhalador de acción rápida menos de 2 veces por semana
- Dormir toda la noche sin despertarse debido a los síntomas del asma
- Ir al trabajo o la escuela y no tener que faltar por el asma
- Participar en actividades como deportes y ejercicio
- Evitar las visitas no programadas al médico, la sala de emergencias o atención urgente

### Consejos de salud para ayudar a controlar su asma

#### Su salud:

- Tomar los medicamentos para el asma como lo indique el médico, aunque se encuentre bien.
- No tomar medicamentos de venta sin receta para el resfriado sin comentárselo primero al médico o al farmacéutico.
- Evitar todo lo posible a las personas con resfriado o gripe y hablar con el médico sobre la posibilidad de vacunarse contra la gripe todos los años.

#### Donde vive, trabaja o estudia:

- Mantener la **CASA** limpia de polvo y mohos.
- Evitar todo lo posible el **HUMO** de cigarros y cigarrillos.
- Evitar los **OLORES** intensos, como los de pintura, perfume y laca para el cabello.
- Cuando hace frío, cubrirme la boca con una bufanda o una mascarilla que me proteja del **AIRE FRÍO**.

#### Además, si tiene alergias:

- Lavar las cobijas y sábanas una vez a la semana en **AGUA CALIENTE**.
- Lavar la ropa y los muñecos de peluche en **AGUA CALIENTE**.
- No dejar que las **MASCOTAS** entren en el dormitorio y bañarlas todas las semanas.
- Evitar salir al exterior si la **CONCENTRACIÓN DE POLEN** es elevada.
- Cubrir colchones y almohadas con **FUNDAS DE PLÁSTICO** herméticas.