

# Plan de Acción del Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento: mm / dd / aaaa	Fecha de vigencia: mm / dd / aaaa
Clasificación de gravedad: <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente leve <input type="checkbox"/> Persistente moderado <input type="checkbox"/> Persistente severo		
Mejor Marca personal del Peak Flow: _____ L/min <input type="checkbox"/> N/A <b>*Todo niño debe utilizar su cámara espaciadora al usar un inhalador o pompa.</b>		

## ZONA VERDE: ESTÁ BAJO CONTROL

Respiras bien, sin tos ni sibilancias, puedes jugar, duermes bien durante la noche.

Flujo espiratorio máximo: \_\_\_\_\_  
(es más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento diario	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Advair® HFA	<input type="checkbox"/> 45mcg <input type="checkbox"/> 115mcg <input type="checkbox"/> 230mcg	_____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent®	<input type="checkbox"/> 44mcg <input type="checkbox"/> 110mcg <input type="checkbox"/> 220mcg	_____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus®	<input type="checkbox"/> 50mcg <input type="checkbox"/> 100mcg <input type="checkbox"/> 250mcg	_____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (Budesonide)	<input type="checkbox"/> 0.25mg <input type="checkbox"/> 0.5mg <input type="checkbox"/> 1.0mg	_____ unidad(es) nebulizada(s) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler®	<input type="checkbox"/> 90mcg <input type="checkbox"/> 180mcg	_____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Singulair® (Montelukast)	<input type="checkbox"/> 4mg <input type="checkbox"/> 5mg <input type="checkbox"/> 10mg	_____ 1 pastilla en la noche
Otros: _____		

Antes de Actividad física:  N/A  
 Usa albuterol o levalbuterol \_\_\_\_\_ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.

**Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.**

**PROVOCADORES:**  
\*Ningún niño debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico

Marque todos los factores que provocan el asma del paciente:

- Catarro
- Actividad física o Ejercicios
- Alergias
- Ácaros, polvo, peluches, alfombras
- Polen
- Hongos
- Mascotas
- Plagas (cucarachas)
- Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
- Temperaturas extremas- caliente o fría
- Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
- Emociones fuertes
- Alimentos:

## ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN

Podrías tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias y/o pecho apretado, problemas para jugar y te despiertas durante la noche.

Flujo espiratorio máximo: \_\_\_\_\_  
(está entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

### CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Albuterol	90mcg	_____ inhalación(es) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Albuterol	<input type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL	_____ unidad(es) nebulizada(s) inmediatamente
Otros: _____		

El niño(a) se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol). Continúe administrando el medicamento cada \_\_\_\_\_ horas.

**Si el niño/a empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.**

## ZONA ROJA: ¡CONSIGUE AYUDA AHORA!

Podrías tener respiración rápida; no puedes parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

Flujo espiratorio máximo: \_\_\_\_\_  
(es menos de 50% de la mejor marca personal)

### ¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Albuterol	90mcg	_____ inhalación(es) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Albuterol	<input type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL	_____ unidad(es) nebulizada(s) inmediatamente
Otros: _____		

**VAYA A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 911 si no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos por un máximo de 3 veces.**

Aprende más sobre el plan de acción, el uso correcto del inhalador con cámara espaciadora, entre otras cosas.



**Personal escolar:** Siga las instrucciones de *Antes Actividad Física* en la Zona Verde, y las instrucciones de la Zona Amarilla y la Zona Roja.

**Proveedor de atención médica:**

Nombre:	Teléfono: ( ) - -
Firma:	NPI:
	Fecha: mm / dd / yyyy

**Solo para menores:**

- Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre 2020.
- Este estudiante NO tiene la aprobación para automedicarse.

**Padre/madre/tutor:**

- No  Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el plan de acción.
- No  Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre del padre/madre o encargado:	Teléfono: ( ) - -
Firma:	Fecha: mm / dd / yyyy

\*Este plan de acción tiene una vigencia de un año. Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan. REVISADO EN MAYO DE 2021



**CERTIFICACIÓN DEL MAESTRO**  
**(para ser completado por el maestro)**

**Certifico haber recibido orientación** sobre la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada, conocida como, «Ley de Tratamiento de Estudiantes que Padecen Asma, Diabetes u otra Enfermedad». y sobre (marcar con una **X** lo que aplique):

\_\_\_ La autorización del estudiante para automedicarse \_\_\_\_\_  
(medicamentos)  
y el Plan de Acción para continuidad de tratamiento médico durante el horario escolar regular y extendido para el estudiante \_\_\_\_\_.  
(nombre del estudiante)

\_\_\_ La desautorización del estudiante para automedicarse \_\_\_\_\_  
(medicamentos)  
\_\_\_\_\_ durante el horario escolar regular y extendido para el  
estudiante \_\_\_\_\_ y copia del Plan de Acción para la  
(nombre del estudiante)  
continuidad de tratamiento médico en el hogar para el estudiante.

Nombre del maestro en letra de molde: \_\_\_\_\_.

Firma del maestro: \_\_\_\_\_.

Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del director de escuela o representante autorizado: \_\_\_\_\_

Firma del director de escuela o representante autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nota:** Todo maestro que ofrezca clases al estudiante deberá tener una copia actualizada de la Certificación Médica con el Plan de Acción.

Nota: Este formulario ha sido modificado para utilizarse en la automedicación de otras condiciones de salud. El documento original está incluido en el de los incluidos en el Reglamento 9224, del 27 de octubre del 2020, "Reglamento para la continuidad de tratamiento a Estudiantes que padecen Asma".


 FORMULARIO I  
 CERTIFICACIÓN MÉDICA

1. Certifico que el (la) paciente \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, con número de expediente médico \_\_\_\_\_, es mi paciente desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (día/mes/año) y tiene un diagnóstico de asma.

Esta o no está capacitado física y mentalmente para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido. (Favor de marcar con una X):

\_\_\_\_ Está capacitado

\_\_\_\_ No está capacitado

2. He instruido y adiestrado al paciente y/o al padre, madre, tutor o encargado sobre la manera adecuada, correcta y responsable del uso del(los) medicamento(s) incluido(s) en el Plan de Acción. Este adiestramiento incluyó información sobre el tipo de medicamento, rutas y procedimientos a seguir para administrarse por cuenta propia o con la ayuda del padre, madre, tutor o encargado (lo que aplique) los medicamentos, dosis a administrarse, vía y frecuencia de la administración, instrucciones para manejar y formas seguras de almacenar el medicamento.
3. Se incluye el Plan de Acción para continuidad de tratamiento médico, con instrucciones especiales en caso de emergencia.

Nombre del médico (letra de molde): \_\_\_\_\_

Número de licencia: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo, Centro o IPA (si aplica): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

\*Este documento debe renovarse anualmente, o antes si el plan de tratamiento del estudiante cambia.

## Uso de la escuela:

Recibido por: \_\_\_\_\_  
 (Director de la escuela o representante autorizado)

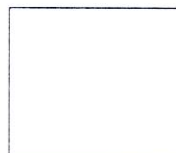
Fecha \_\_\_\_\_

Día/ Mes/ Año

Original: Expediente del estudiante en la escuela.

Copia: Padre, madre, tutor o encargado.

Sello de la Escuela:





FORMULARIO III

**AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD**

(para ser completado por el padre, madre o encargado)

(SOLAMENTE SI EL MÉDICO CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE PUEDE ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA)

Yo, \_\_\_\_\_, (padre \_\_, madre \_\_, tutor/a \_\_, o encargado/a)  
nombre (letra de molde)  
autorizo a mi hijo(a) \_\_\_\_\_, estudiante de \_\_\_\_ años, quien  
nombre de estudiante (letra de molde)  
actualmente está matriculado (a) en \_\_\_\_\_ (escuela pública \_\_\_\_ o institución  
nombre de la escuela (letra de molde)  
privada \_\_\_\_\_) del distrito escolar \_\_\_\_\_ donde cursa el \_\_\_\_\_ grado, a ejercer su derecho a administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma, según lo establece la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada.

(Iniciar todas las siguientes premisas):

\_\_\_ Entiendo que la escuela no se hace responsable de los resultados negativos al estudiante durante la administración por cuenta propia, o la no administración, de los medicamentos de asma aprobada por su médico para tratar su asma.

\_\_\_ Reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley 56-2006, según enmendada, excepto por actos criminales, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta premeditada.

\_\_\_ Tengo conocimiento que este permiso de poseer y administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido puede ser revocado por el (la) principal de la escuela o encargado escolar si éste determina que el estudiante no se está administrando adecuadamente o no está haciendo buen uso de los medicamentos (distribución o venta).

\_\_\_ Tengo conocimiento de que los documentos requeridos para que el estudiante se administre por cuenta propia los medicamentos de asma deben renovarse anualmente y cada vez que el plan de tratamiento del estudiante cambie.

\_\_\_ Me comprometo a informar inmediatamente a la escuela si cambio mi número de teléfono y a ofrecer números de teléfono alternos si tengo disponibles para que me informen en caso de una emergencia con el (la) estudiante.

\_\_\_ Tengo conocimiento que esta autorización y relevo de responsabilidad para el Departamento de Educación, institución privada, el personal escolar y el Departamento de Salud, cubre al estudiante durante el horario escolar regular y extendido cuando esté participando en actividades educativas fuera del plantel escolar, según se establece en el Plan de Acción para Continuidad de Tratamiento Médico durante el Horario Escolar para los Estudiantes con la Condición de Asma.

Nombre del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): \_\_\_\_\_  
(letra de molde)

Firma del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): \_\_\_\_\_

Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recibido por: Director de escuela o representante autorizado: \_\_\_\_\_  
(letra de molde)

Firma del Director de escuela o representante autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Este documento debe renovarse anualmente.**

Original: Expediente del estudiante en la escuela. Copia: Padre, madre, tutor o encargado.



## FORMULARIO IV

### RELEVO DE RESPONSABILIDAD

(Para ser completado por el padre, madre o encargado)

(SOLAMENTE SI EL MÉDICO CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE **NO** PUEDE ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA)

Yo, \_\_\_\_\_, (padre \_\_\_\_, madre \_\_\_\_, tutor/a \_\_\_\_, o encargado/a)  
nombre (letra de molde)

de \_\_\_\_\_, estudiante de \_\_\_\_ años, quien actualmente está matriculado (a)  
(nombre de estudiante en letra de molde)

en \_\_\_\_\_ (escuela pública \_\_\_\_ o institución privada \_\_\_\_)  
(nombre de la escuela en letra de molde)

escolar \_\_\_\_\_ donde cursa el \_\_\_\_\_ grado:

(Iniciar todas las siguientes premisas):

\_\_\_\_ Tengo conocimiento de que el médico no certificó que el estudiante se puede administrar por cuenta propia el medicamento durante el horario escolar regular y extendido.

\_\_\_\_ Entiendo que la escuela no se hace responsable de los resultados negativos al estudiante de la no administración por cuenta propia o por el padre, madre, tutor o encargado, de los medicamentos de asma.

\_\_\_\_ Reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley Núm. 56 del 1 de febrero de 2006, según enmendada, excepto por actos criminales, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta premeditada.

\_\_\_\_ Tengo conocimiento de que los documentos requeridos para que el estudiante se administre por cuenta propia los medicamentos de asma deben renovarse anualmente y cada vez que el plan de tratamiento del estudiante cambie. De esta forma cuando el médico certifique que el estudiante puede administrarse por cuenta propia el medicamento podrá ejercer este derecho.

\_\_\_\_ Me comprometo a informar inmediatamente a la escuela si cambio mi número de teléfono y a ofrecer números de teléfono alternos si tengo disponibles para que me informen en caso de una emergencia con el (la) estudiante.

\_\_\_\_ Tengo conocimiento que este relevo de responsabilidad para el Departamento de Educación, el personal escolar y el Departamento de Salud, cubre al estudiante durante el horario escolar regular y extendido cuando esté participando en actividades educativas fuera del plantel escolar, según se establece en el Plan de Acción para Continuidad de Tratamiento Médico durante el Horario Escolar o en el Hogar para los Estudiantes con la Condición de Asma.

Nombre del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): \_\_\_\_\_  
(letra de molde)

Firma del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): \_\_\_\_\_

Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recibido por: director de escuela o representante autorizado: \_\_\_\_\_  
(letra de molde)

Firma del director de escuela o representante autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_\_

Este documento debe renovarse anualmente. Original: Expediente del estudiante en la escuela. Copia: Padre, madre, tutor o encargado.