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)

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

Sponsored by AMERICAN LUNG ASSOCIATION. IN NEW JERSEY

NEW JERSEY DEPARTMENT OF HEALTH

Spanish

(en letra de imprenta)

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

SALUDABLE (Verde Zona)

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
☐ 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 o ☐ dos veces al día
☐ Flovent® Diskus® ☐ 50, ☐ 100, ☐ 250	1 inhalación dos veces al día
☐ Pulmicort Flexhaler® ☐ 90, ☐ 180	☐ 1, ☐ 2 inhalaciones ☐ una vez o ☐ dos veces al día
☐ Pulmicort Respules® (Budesonide) ☐ 0.25, ☐ 0.5, ☐ 1.0	1 unidad nebulizada ☐ una vez o ☐ 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 este medicamento_____ ____minutos antes de hacer ejercicio.

ADVERTENCIA (Amarillo Zona)

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
☐ Combivent ☐ Maxair ☐ Xopenex®	2 soplos cada 4 horas según necesite
☐ Ventolin® ☐ Pro-Air ☐ Proventil®	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
☐ Aumente la dosis o agregue:	
☐ Otro	

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

EMERGENCIA (Rojo Zona)

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
☐ Combivent ☐ Maxair ☐ Xopenex®	2 soplos cada 20 minutos
☐ Ventolin® ☐ Pro-Air ☐ Proventil®	2 soplos cada 20 minutos
☐ Albuterol ☐ 1.25, ☐ 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
☐ Duoneb	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
☐ Xopenex® (Levalbuterol) ☐ 0.31, ☐ 0.63, ☐ 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
☐ 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.

Denuncias: El uso y contenido de la Pagina Web del Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición Contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey es a su propio riesgo. El contenido es proporcionado "como es." La Asociación Norteamericana del Pulmón de Mid-Atlantic (ALAM-A), la Coalición en Contra del Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey y sus afiliados, rechazan autorizaciones expresas o implícitas, reglamentarias o de cualquiera otro tipo incluyendo pero no limitadas a autorizaciones con fines de lucro, para sus propios beneficios, y que no respetan los derechos y bienestares de terceras personas implicadas. ALAM-A no hace ningún tipo de representación o autorización acerca de la veracidad, seguridad total, existente o configua del contenido. ALAM-A no hace ningún tipo de autorización, representación o garantías de que la información no será interrumpida o sin errores o que no hay algún tipo de falla en la información. En no circunstancia ALAM-A será responsable por daños (incluyendo pero no limitados, a daños incidentales, consecuenciales, daños personales/muertes, perdidas económicas o daños resultantes de la información o por la interrupción de negocios) debido al uso o la inhabilidad de poder usar el contenido de este Plan para el Tratamiento del Asma, basado en autorización, contrato indemnizadle u otro tipo de teoría legal y si ALAM-A ha sido o no ha sido aconsejada de las posibilidades de estos tipos de daños. ALAM-A y sus afiliados no son responsables por ningún tipo de reclamos causados por el uso o mal uso del Plan para el Tratamiento del Asma o esta pagina Web.

La Coalición del Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey, patrocinada por la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey, ha recibido becas del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Nueva Jersey, con fondos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos bajo el Acuerdo de Cooperación 5U59EH000491-3. El contenido del material es responsabilidad total de los autores y no representa necesariamente el punto de vista del NJDHSS o el USCDCP. Aun cuando este proyecto ha sido auspiciado completamente o en parte por la Agencia de Protección del Ambiente bajo el acuerdo los Estados Unidos, Protección Ambiental de los Estados Unidos proporcionó financiación adicional bajo los Acuerdos vigentes XA97250698-4 para la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey y no ha pasado por el proceso de revisan de la Agencia de publicaciones por esta razón no representa el punto de vista de la agencia y por consiguiente la se puede inferir apoyo de la Agencia. La información en este video no intenta diagnosticar problemas de salud o tomar el lugar de las recomendaciones medicas. Para el asma o cualquier otro tipo de condición de salud solicite la información del proveedor de salud profesional suyo o el de su niño.

REVISADO EN JULIO DE 2012

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_____

PADRE, MADRE O TUTOR FIRMA_____

SELLO DEL MÉDICO

Haga una copia para el paciente y para el registro del medico. Para niños menores de 18 a años de edad, envíe la copia original a la enfermera o al proveedor de cuidado medico del niño.

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 se 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
   - Fecha de nacimiento del paciente
   - Nombre del padre/representante y número de teléfono
   - Nombre y teléfono del contacto de emergencia del paciente
   - Nombre y teléfono del doctor 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 marcara 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 manjar con facilidad el asma del niño
   - Déle una copia del Plan para el Tratamiento del Asmas 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 farmaceuta o medico. También yo doy permiso para que la información medica de mi niño este a la disposición y pueda ser intercambiada entre la enfermera del la escuela y el proveedor de la salud de mi niño. Además, yo entiendo que esta información medica será compartida y estará ala disposición del personal de la escuela cuando la necesite.

Firma del Padre/Representante _____ Teléfono _____ Fecha _____

AUTORIZACION PARA QUE EL ESTUDIANTE SE ADMINISTRE 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 prescripto 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 _____

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

Denuncias: El uso y contenido de la Pagina Web del Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición Contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey es a su propio riesgo. El contenido es proporcionado "como es." La Asociación Norteamericana del Pulmón de Mid-Atlantic (ALAM-A), la Coalición en Contra del Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey y sus afiliados, rechazan autorizaciones expresas o implícitas, reglamentarias o de cualquiera otro tipo incluyendo pero no limitadas a autorizaciones con fines de lucro, para sus propios beneficios, y que no respetan los derechos y bienestares de terceras personas implicadas. ALAM-A no hace ningún tipo de representación o autorización acerca de la veracidad, seguridad total, existente o contigua del contenido. ALAM-A no hace ningún tipo de autorización, representación o garantías de que la información no será interrumpida o sin errores o que no hay algún tipo de falla en la información. En no circunstancia ALAM-A será responsable por daños (incluyendo pero no limitados, a daños incidentales, consecuenciales, daños personales/muertes, perdidas económicas o daños resultantes de la información o por la interrupción de negocios) debido al uso o la inhabilidad de poder usar el contenido de este Plan para el Tratamiento del Asma, basado en autorización, contrato indemnizadle u otro tipo de teoría legal y si ALAM-A ha sido o no ha sido aconsejada de las posibilidades de estos tipos de daños. ALAM-A y sus afiliados no son responsables por ningún tipo de reclamos causados por el uso o mal uso del Plan para el Tratamiento del Asma o esta pagina Web.

La Coalición del Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey, patrocinada por la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey, ha recibido becas del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Nueva Jersey, con fondos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos bajo el Acuerdo de Cooperación 5U59EH000491-3. El contenido del material es responsabilidad total de los autores y no representa necesariamente el punto de vista del NJDHSS o el USCDCP. Aun cuando este proyecto ha sido auspiciado completamente o en parte por la Agencia de Protección del Ambiente bajo el acuerdo los Estados Unidos, Protección Ambiental de los Estados Unidos proporcionó financiación adicional bajo los Acuerdos vigentes XA97250908-4 para la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey y no ha pasado por el proceso de revisan de la Agencia de publicaciones por esta razón no representa el punto de vista de la agencia y por consiguiente la se puede inferir apoyo de la Agencia. La información en este video no intenta diagnosticar problemas de salud o tomar el lugar de las recomendaciones medicas. Para el asma o cualquier otro tipo de condición de salud solicite la información del proveedor de salud profesional suyo o el de su niño.

Sponsored by
AMERICAN LUNG ASSOCIATION® IN NEW JERSEY