

VIRGINIA PEDIATRIC ASTHMA ACTION PLAN-PLAN DE ACCIÓN DE VIRGINIA PARA EL ASMA PEDIÁTRICA

Child Name/Nombre del Niño(a):
DOB/Fecha de Nacimiento:
School Year/Año Escolar:
Healthcare Provider/Proveedor de Salud:
Provider Contact Number/Tel. del Proveedor:

EMERGENCY CONTACT/Contacto en Caso de Emergencia

Name/Nombre:

Tel:

Relationship/Relación:

Additional info/Triggers: Información Adicional/Desencadenantes:

GREEN ZONE: GO!

ZONA VERDE: ¡SIGUE!

- **No trouble breathing**
Sin dificultad respiratoria
- **No cough or wheeze**
Sin tos, Sin sibilancia
- **Sleeps well**
Duerme bien
- **Can Play as usual**
Puede jugar como siempre

Maintenance/Controller
Mantenimiento/Controlador

☐ **None**
Ninguno

☐ **Daily**
Diario

A.M. Dose
Dosis AM (inhalaciones)

P.M. Dose
Dosis PM (inhalaciones)

puffs/inh.

puffs/inh.

☐ **Montelukast/Singular**

Mg once daily/ miligramos una vez al día

Use controller daily, even when I feel fine. Spacer recommended with HFA inhalers.

Debo usar el controlador cada día aun cuando me sienta bien. *Recomiendan que use la cámara con los inhaladores HFA.*

For Asthma with exercise add/Para el asma durante el ejercicio añada:

puffs/inh.,

OR/o **puffs/inh. 15 minutes prior to exercise/15 min. antes del ejercicio**

☐ **routinely/rutinariamente** ☐ **only if needed/solo cuando sea necesario**

YELLOW ZONE: Caution!

ZONA AMARILLA: ¡Cuidado!

- **Cough/**
Tos
- **Wheeze/**
Sibilancia
- **Chest**
Tightness/
Pecho
Apretado
- **Shortness of**
Breath/
Falta de Aire

SMART/AIR

"SMART" stands for single maintenance and reliever therapy.
SMART significa terapia única para mantenimiento y alivio.

Other/Otro

Add: quick-relief medicine to your GREEN ZONE medicines.

Añada: medicina de alivio rápido a sus medicamentos de la ZONA VERDE

If your quick reliever medicine is:

☐ **budesonide/formoterol**

☐ **mometasone/formoterol**

Si su medicamento de alivio rápido es:

Take: 1 puff every 10 minutes if needed X 3 until symptoms resolve and return to green zone.

Administre: 1 inhalación cada 10 minutos si es necesario 3 veces hasta que los síntomas se resuelvan y regrese a la zona verde.

If symptoms continue add:

☐ **1 puff as needed up to max of 8 puffs/day for ages 4-11**

Si los síntomas continúan añada: 1 inh. según sea necesario hasta un máximo de 8 inh./día -edades de 4-11 años

☐ **1 puff as needed up to max 12 puffs/day for ages 12+**

1 inh. según sea necesario hasta un máximo de 12 inh./día -edades de 12 años o más

Contact parent if quick reliever medication x3 is not working or seek medical care if it is needed more than the specified number of inhalations in a 24-hour period. Contacten a los padres si el medicamento de alivio rápido x3 no está funcionando, o consigan atención médica si tienen que usarlo más del número específico de inhalaciones dentro de 24 horas.

If your quick reliever medicine is /Si su medicamento de alivio rápido es: albuterol/levalbuterol

Take: ☐ puffs or 1 nebulizer tx. Can repeat every 15 minutes up to maximum of 3 doses in 1 hour.

Administre inh., o 1 nebulización. Puede repetirlo cada 15 minutos hasta un máximo de 3 dosis en 1 hora.

If symptoms resolve, return to GREEN ZONE and continue monitoring.

Si los síntomas se resuelven, regrese a la ZONA VERDE y continúe el monitoreo.

If symptoms continue after 1 hour, then continue controller and

Si los síntomas continúan después de 1 hora entonces continúe con el controlador y

Add: ☐ puffs every 4-6 hours as needed until symptoms resolve

Añada: inhalaciones cada 4-6 horas según sea necesario hasta que los síntomas se resuelvan.

☐ **Continue every 4-6 hours for days**

☐ Continúe cada 4-6 horas por días

RED ZONE: DANGER!

ZONA ROJA: ¡PELIGRO!

- **Can't talk, eat, walk well**
No puede hablar, comer, caminar bien
- **Medicine is not helping**
La medicina no le ayuda
- **Breathing hard and fast**
Respira fuerte y rápido
- **Blue lips and fingernails**
Labios y uñas azules
- **Tired or lethargic**
Tiene cansancio, letargo
- **Nonstop cough**
Tose sin parar
- **Ribs show**
Se notan las costillas

If you have any of these danger signs:

Si tiene cualquiera de estas señales de peligro:

Dial 911 now/ GO TO THE EMERGENCY DEPARTMENT!

¡Marque al 911 ahora/ VAYA A LA SALA DE EMERGENCIAS!

Take 1 puff of budesonide/formoterol or mometasone/formoterol.

Administre 1 inhalación de budesonide/formoterol o mometasone/formoterol.

Wait 1-3 minutes. If there is no improvement, take additional puff(s) up to a maximum of 6 puffs in route to emergency department.

Espera 1-3 minutos. Si no hay mejoría, administre inhalaciones adicionales hasta un máximo de 6 inhalaciones viniendo de camino a la sala de emergencias.

• **If only albuterol is available, take ☐ puffs or nebulizer as often as needed**
Si solo tiene albuterol disponible, administre inhalaciones o nebulizaciones

until help arrives or in route to emergency department.

con la frecuencia necesaria hasta que reciba ayuda o venga de camino a la sala de emergencias.

VIRGINIA PEDIATRIC ASTHMA ACTION PLAN- PLAN DE ACCIÓN DE VIRGINIA PARA EL ASMA PEDIÁTRICA

I approve and give permission for school personnel to follow this asthma management plan of care for my child, contact my child’s healthcare provider when needed, and administer medication per the healthcare providers’ orders. I assume full responsibility for providing the school with prescribed medication and delivery/monitoring devices.

Yo apruebo y doy permiso para que el personal escolar siga este plan para el manejo del asma de mi niño(a), contacte al proveedor de salud de mi niño(a) cuando sea necesario, y le administre medicamento según las instrucciones de los proveedores de atención médica. Yo asumo toda la responsabilidad de proveerle a la escuela los medicamentos y aparatos para la administración/monitoreo recetados.

With Healthcare Provider authorization & parental consent, the inhaler will be located:
Con la autorización del Proveedor de Atención Médica autorizado y con el permiso de los padres, el inhalador estará:

☐ in clinic
en la clínica

or

☐ with student (self-carry).
con el estudiante (puede portarlo).

PARENT/Guardian Signature:Date:
Firma del Padre/Madre/Tutor LegalFecha

School Nurse/Staff Signature:Date:
Firma del Personal de Enfermería/EscolarFecha

SCHOOL MEDICATION CONSENT
& HEALTH CARE PROVIDER ORDER

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTO
ESCOLAR E INSTRUCCIONES DEL
PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

☐ Student has demonstrated the ability to safely and effectively self-carry and self-administer inhaled asthma medication.
El estudiante ha demostrado la habilidad de portar consigo y autoadministrarse el medicamento inhalado para el asma efectivamente y con seguridad.

☐ Student needs assistance & should not self-carry.
El estudiante necesita asistencia y no debe portar el medicamento consigo.

MD/DO/NP/PA signature
Firma del MD/DO/NP/PA

Date
Fecha