



Foto

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Padre: _____ Teléfono: _____
 Médico: _____ Teléfono del médico: _____
 Teléfono de taxi o amigo : _____ **Mi flujo de aire máximo:** _____
 Provocantes de asma: _____
 Alergias a: _____

Autorización Para Medicina En La Escuela O Guardería : Este paciente ha sido instruido en la manera apropiada de tomar sus medicinas. El paciente es capaz de auto administrarse las medicinas: Si No. El paciente puede reportar confiablemente los síntomas de asma: Si No.

Firma del proveedor de cuidados para la salud: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Me Siento Bien

- La respiración es buena
- No hay tos ni respiración asmática
- Puede trabajar y jugar

Evitar: síntomas del asma todos los días

<u>Medicina:</u>	<u>Cuánto:</u>	<u>Cuándo:</u>

Número de flujo pico _____ a _____

20 minutos antes de hacer ejercicio o deporte, use esta medicina:

Me Siento Mal

- Tos
- espiración asmática
- Dificultad para respirar
- Despertar por la noche

PRECAUCIÓN: AGREGAR una medicina de alivio:

<u>Medicina:</u>	<u>Cuánto:</u>	<u>Cuándo:</u>

Número de flujo pico _____ a _____

TAMBIÉN CONTINUAR/INCREMENTAR su medicina preventiva:

¡Llame a su medico si tiene estos síntomas frecuentemente o la medicina de alivio no surte efecto!

Me Siento Muy Mal

- La medicina no ayuda
- Respiración difícil y rápida
- No puede hablar bien
- No puede andar

¡ALERTA: Obtenga ayuda inmediatamente!
Tome estas medicinas hasta hablar con su médico.

<u>Medicina:</u>	<u>Cuánto:</u>	<u>Cuándo:</u>

Número de flujo pico _____ a _____

Llame al 911 si su asma es grave.