

Plan de acción para el asma/Cifras de flujo máximo

Nombre: _____ Fecha: _____

Médico: _____

Teléfono del médico o la clínica: _____

911 para emergencias o: _____

Mi mejor lectura de flujo máximo cuando me siento bien es: _____

Verde

Use su medicamento de control todos los días.

La respiración es buena.

- No tengo tos ni respiración sibilante
- Puedo trabajar y jugar

Lectura de flujo máximo por encima de _____

Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo tomarlo
-------------	--------------	----------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Amarillo

Tome el medicamento de rescate (alivio rápido) cuando tiene un ataque.

Usted tiene un ataque.

- Tengo tos o respiración sibilante
- Siento opresión en el pecho
- Me despierto de noche

Lectura de flujo máximo entre _____ y _____

Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo tomarlo
-------------	--------------	----------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Rojo

¡Busque la ayuda de un médico ahora mismo!

Tiene un ataque grave.

- El medicamento de rescate (alivio rápido) no me ayuda
- Respiro con dificultad y rápido
- No puedo caminar ni hablar bien

Lectura de flujo máximo por debajo de _____

Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo tomarlo
-------------	--------------	----------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Notas: