

# Plan de Acción para el Asma

Nombre: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono del doctor o clínica: \_\_\_\_\_

Emergencia 911 ó: \_\_\_\_\_

Mi mejor lectura de flujo máximo es: \_\_\_\_\_

## 1. Verde

Use medicamentos de control todos los días.

**La respiración es buena.**

- No hay tos ni sibilancia
- Puede trabajar y jugar

**Flujo máximo sobre**  
\_\_\_\_\_

Medicamento

Dosis

Cuándo

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## 2. Amarilla

Tome la medicina de rápido alivio cuando tiene un ataque.

**Tiene un ataque.**

- Tos o sibilancia
- Presión en el pecho
- Se despierta de noche

**Flujo máximo entre**  
\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Medicamento

Dosis

Cuándo

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## 3. Rojo

**¡Busque ayuda de un médico ahora!**

**Su asma está fuera de control.**

- La medicina de rápido alivio no está ayudando
- La respiración es difícil y rápida
- No puede caminar o hablar bien

**Flujo máximo menor a**  
\_\_\_\_\_

Medicamento

Dosis

Cuándo

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

