

Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy
Escuela	Padre/persona al cuidado del niño/a	Número de teléfono del ó los padres
Nombre del proveedor de servicios médicos	Número de teléfono de la oficina del proveedor	
Contacto de emergencia (además del padre)	Número de teléfono de contacto	

Diagnostico Severidad de Asma: ☐ Suave Intermitente: Mild Intermittent (Síntomas Ataques de Asma < 2 veces/semana)
☐ Moderada Persistente: Mild Persistent (Síntomas Ataques de Asma > 2 veces/semana)
☐ Suave Persistente: Moderate Persistent (Síntomas Ataques de 3 – 6 veces/semana)
☐ Severa Persistente: Sever Persistent (Ataques frecuentes de Asma)

Causas del asma: ☐ Resfriados ☐ Ejercicio ☐ Mascotas peludas ☐ Polvo ☐ Humo de cigarillo
☐ Comida (alergias a alimentos) ☐ Clima ☐ Otro: _____

Tome estas medicinas de larga duración

El/la niño/a se siente bien:

- Respira bien
- No tiene tos o silbido
- Puede jugar o trabajar
- Duerme toda la noche



Flujo máximo en esta zona:

_____ a _____

20 MINUTOS ANTES DE HACER EJERCICIO, TOME ESTA MEDICINA:

MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:

Verde

SI NO SE SIENTE BIEN TOME MEDICINA DE LARGA DURACIÓN Y **AÑADA** ESTAS MEDICINAS DE ACCIÓN RÁPIDA

El/la niño/a tiene alguno de estas síntomas:

- Tos
- Silbido
- Presión en el pecho



Flujo máximo en esta zona:

_____ a _____

MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:

Llame a la oficina del proveedor de servicios médicos si los síntomas no mejoran en 2 días O si duran por más de _____ días. Después de _____ días regrese a la ZONA VERDE y tome las medicinas de larga duración.

Amarillo

¡SI SE SIENTE MUY MAL, LLAME AL PROVEEDOR AHORA!

TOME ESTAS MEDICINAS

El/la niño/a tiene alguna de estos síntomas:

- La medicinas no ayudan
- Está respirando fuerte y rápido
- Los labios y las uñas están azules
- No puede caminar o hablar bien



Flujo máximo en esta zona:

_____ a _____

MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:

SI NO PUEDE CONTACTAR SU PROVEEDOR:
¡Llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana y traiga esta forma con Ud.!

Rojo

Doy mi consentimiento al doctor, enfermera, plan de seguro de salud, y otro proveedores de servicios médicos a compartir información sobre el asma de mi niño/a para mejorar la salud de él/ella.

Firma del padre o persona al cuidado del/a niño/a

Fecha

Firma del proveedor de servicios médicos

It is my professional opinion this child should carry his/her inhaled medication by him/herself.

Adaptado de NYC
Childhood Asthma
Initiative

Adaptado del
NHLBI

Impreso 10/2025