



DATE: ____ - ____ - ____

Patient name:

(Optional Patient I.D. Label)

For clinic/office use

MY EVERY DAY ASTHMA ACTION PLAN

GREEN ZONE PLAN

I take this medicine EVERY DAY to keep my ASTHMA in CONTROL:

I FEEL GREAT



When I am in my GREEN ZONE:

- No cough
- No wheeze
- No chest tightness

_____ (name of medicine) _____ (dose), _____ times a day

_____ (name of medicine) _____ (dose), _____ times a day

Before exercise I take _____ (name of medicine) _____ (dose)

Other EVERY DAY medicines I take are:

YELLOW ZONE PLAN

For QUICK RELIEF of asthma symptoms I take:



When I am in the YELLOW ZONE:

- Early asthma symptoms
- A slight cough or wheeze
- The start of a cold

_____ (name of medicine) _____ (dose), every ____ to ____ hours

For ASTHMA CONTROL I take:

_____ (name of medicine) _____ (dose), _____ times a day

I also take these medicines:

I CALL MY DOCTOR if symptoms don't get better after ____ days

I go back to my GREEN ZONE plan when my symptoms go away

RED ZONE PLAN

For QUICK RELIEF of asthma symptoms I take:



I AM FEELING BAD

When I am in the RED ZONE:

- A persistent cough
- A persistent wheeze
- Breathing fast

_____ (name of medicine) _____ (dose), every ____ to ____ hours

I add an ORAL STEROID MEDICINE (a pill or syrup that I take by mouth)

_____ (name of medicine) _____ (dose), _____ times a day

I also take these medicines:

I need medical attention.

CALL DR. _____ AT (_____) _____ - _____



DANGER ZONE: CALL 911 or go to nearest emergency room if:

- Breathing very hard or fast
- Breathing so hard I can't walk or talk
- Sucking in the stomach or ribs to breathe
- Lips or fingertips look blue

I NEED IMMEDIATE HELP - CALL 911 or go to the emergency room !



Use a spacer with metered dose inhalers. Rinse mouth after using inhalers.

Avoid asthma triggers including: Smoke, strong chemicals, _____

My next asthma follow-up visit is _____



FECHA: _____ - _____ - _____

Patient name: _____

(Optional Patient I.D. Label)

For clinic/office use

MI PLAN DE ACCIÓN DIARIO CONTRA EL ASMA

PLAN PARA LA ZONA VERDE

ME SIENTO MUY BIEN



Quando estoy en la ZONA VERDE:

- No tengo tos
- No respiro de forma agitada
- No siento opresión en el pecho

Tomo este medicamento **TODOS LOS DÍAS** para mantener **EL ASMA BAJO CONTROL**:

_____ (nombre del medicamento) _____ (dosis), _____ veces al día

_____ (nombre del medicamento) _____ (dosis), _____ veces al día

Antes de hacer ejercicio, tomo _____ (nombre del medicamento) _____ (dosis)

Otros medicamentos que tomo **TODO LOS DÍAS**:

PLAN PARA LA ZONA AMARILLA



Quando estoy en la ZONA AMARILLA:

- Se presentan los primeros síntomas del asma
- Tengo tos leve o respiro de forma algo agitada
- Comienzo a resfriarme

Para **ALIVIAR RÁPIDAMENTE** los síntomas del asma, tomo:

_____ (nombre del medicamento) _____ (dosis), cada _____ a _____ horas

Para **CONTROLAR EL ASMA**, tomo:

_____ (nombre del medicamento) _____ (dosis), _____ veces al día

También tomo estos medicamentos:

LLAMO AL MÉDICO si los síntomas no mejoran al cabo de _____ días

Vuelvo a mi plan de ZONA VERDE, cuando los síntomas desaparecen

PLAN PARA LA ZONA ROJA



ME SIENTO MAL

Quando estoy en la ZONA ROJA:

- Tengo tos persistente
- Respiro de forma agitada continuamente
- Respiro rápidamente

Para **ALIVIAR RÁPIDAMENTE** los síntomas del asma, tomo:

_____ (nombre del medicamento) _____ (dosis), cada _____ a _____ horas

También tomo **ESTEROIDES POR VÍA ORAL (en pastilla o jarabe)**

_____ (nombre del medicamento) _____ (dosis), _____ veces al día

También tomo estos medicamentos:

Necesita atención médica.

LLAMO al DR. _____ **AL** (_____) _____ - _____



ZONA DE PELIGRO: LLAME AL 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana si:

- Respira muy profunda o rápidamente
- Al respirar hunde el estomago o los espacios entre las costillas

- Respira con tanta dificultad que no puede caminar o hablar
- Los labios o los dedos se le ponen azules

NECESITO AYUDA DE INMEDIATO: ¡LLAME al 911 o vaya a una sala de emergencias!



Utilice un espaciador con los medicamentos inhaladores. Enjuáguese la boca después de usar el inhalador.

Evite los factores desencadenantes del asma como: el humo, los productos químicos fuertes, _____

La siguiente consulta para control del asma es el _____