

Pequeño plan de acción para el asma para: _____ Fecha: _____

Gol: _____



Controlador (# of days _____)

of Puffs _____ # of Puffs _____

Medicina / Dosis / Color

_____ / _____ / _____

Dosis / Color

Controlador (# of days _____)

of Puffs _____ # of Puffs _____

GD / osis / Color

_____ / _____ / _____

edicina / osis / Color

Acude rápidamente al médico si:

- los síntomas del asma no mejoran ni aumentando la dosis de medicina
- necesitas el fármaco aliviador cada vez más a menudo

Acude a urgencias si:

- el fármaco aliviador no surte efecto al menos durante 3 horas
- la piel bajo el cuello, entre las costillas o bajo del esternón se retrae al respirar
- knr mh nr mn shdmdm dmd f o Inud rd
- los bebés se niegan a comer o beber

Aliviador (se puede utilizar cada 4 horas)

of Puffs _____

Medicina / Dosis / Color

_____ / _____ / _____

Aliviador (se puede utilizar cada 4 horas)

of Puffs _____

edicina / osis / Color

_____ / _____ / _____

Acude al médico si no mejoras al cabo de 2 o 3 días

Llama a una ambulancia si:

- observas síntomas graves: respiración acelerada, jadeos intensos, dificultad para hablar y labios o uñas azulados
- administra el fármaco aliviador hasta que llegue la ambulancia
- tranquiliza al niño conservando tú la calma hasta que llegue la ambulancia

Spanish

JULY 2016

My Asthma Calendar

Month: _____ Name: _____

Goal: _____

Use this calendar to record:



Your asthma symptoms



When you take your medicine(s)

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
Week 1							
Week 2							
Week 3							
Week 4							

Remember to bring all your asthma medicine and devices to every asthma appointment, even if you are not taking them right now.

For more information visit www.ucalgary.ca/icancontrolasthma

