



Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Marque todos los desencadenantes personales del asma que correspondan:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gatos o perros | <input type="checkbox"/> Humedad |
| <input type="checkbox"/> Moho | <input type="checkbox"/> Polvo/ácaros |
| <input type="checkbox"/> Vapores o humo | <input type="checkbox"/> Aire frío |
| <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias | <input type="checkbox"/> Otro: |

Paso 1: Evaluación

Los síntomas habituales del asma incluyen: _____

Síntomas	Medicamento	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?
Opresión en el pecho			
Tos/sibilancias			
Sibilancias fuertes			
Dificultad para respirar			

Instrucciones especiales: _____

Si el niño presenta alguno de los siguientes signos de peligro, llame al 911 de inmediato:

- Pecho aspirado • Mucha dificultad para respirar • Fosas nasales muy abiertas
- Problemas para hablar o caminar • Labios o uñas azules o morados

Paso 2: Tratamiento

Administrar el medicamento anterior según las indicaciones. El niño puede administrar o, si es necesario, el personal puede administrar el medicamento.

Paso 3: Llamadas de emergencia

Padres: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____