



# MY EVERYDAY ASTHMA ACTION PLAN

DATE \_\_\_\_\_  
PATIENT NAME \_\_\_\_\_  
NEXT VISIT \_\_\_\_\_  
PROVIDER NAME/NUMBER \_\_\_\_\_

GREEN ZONE

I FEEL GREAT



**When I am in my GREEN ZONE:**

- No cough
- No wheeze
- No chest tightness

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

- \_\_\_\_\_ (NAME OF MEDICINE) \_\_\_\_ (DOSE), \_\_\_\_ times a day.
  - \_\_\_\_\_ (NAME OF MEDICINE) \_\_\_\_ (DOSE), \_\_\_\_ times a day.
- Before exercise I take \_\_\_\_\_ (NAME OF MEDICINE) \_\_\_\_ (DOSE), \_\_\_\_ times a day.
- Other EVERY DAY medicines I take are: \_\_\_\_\_

Use a spacer with metered dose inhalers. Rinse mouth after using inhalers. Avoid asthma triggers including: smoke, strong chemicals, colds and flu, and things I am allergic to such as \_\_\_\_\_

YELLOW ZONE



**When I am in the YELLOW ZONE:**

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

For QUICK RELIEF of asthma symptoms I take:

- \_\_\_\_\_ (NAME OF MEDICINE) \_\_\_\_ (DOSE), every \_\_\_\_ 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

I AM FEELING BAD

I need medical attention.



**When I am in the RED ZONE:**

- A persistent cough
- A persistent wheeze
- Breathing fast

For QUICK RELIEF of asthma symptoms I take:

- \_\_\_\_\_ (NAME OF MEDICINE) \_\_\_\_ (DOSE), every \_\_\_\_ hours.

For ASTHMA CONTROL I take:

- \_\_\_\_\_ (NAME OF MEDICINE) \_\_\_\_ (DOSE), \_\_\_\_ times a day.

I also take these medicines: \_\_\_\_\_

CALL DR. \_\_\_\_\_ AT \_\_\_\_\_

DANGER ZONE

I NEED IMMEDIATE HELP



**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

### Overcoming Barriers (check family's most common barriers to care)

Barrier	Action point
<input type="checkbox"/> Difficulty refilling medication	Request refill 7 days before empty; sign up for automatic refills
<input type="checkbox"/> Difficulty remembering to take daily medications	Discuss finding a good routine with school nurse and/or healthcare provider
<input type="checkbox"/> Do not think medication is working	Discuss concerns with your healthcare provider
<input type="checkbox"/> No transportation to medical appointments	Call TCHP Member Services [insert numbers]
<input type="checkbox"/> Have other questions about diagnosis or medications	Discuss with healthcare provider and/or call TCHP Member Services to request a case manager
<input type="checkbox"/> Difficulty making appointments	Call TCHP Member Services line [insert numbers]
<input type="checkbox"/> Worried about medication side effects	Discuss concerns with your healthcare provider. Call the TCHP Nurse Help Line.

**QUESTIONS?** Call the 24 hour, 7 days a week TCHP Nurse Help Line: 1-800-686-3831



# MI PLAN DE ACCIÓN DIARIO CONTRA EL ASMA

FECHA  
NOMBRE DEL PACIENTE  
NOMBRE DEL MÉDICO  
PRÓXIMA CONSULTA

LA ZONA VERDE

ME  
SIENTO  
MUY BIEN



**Cuando estoy en la**

**ZONA VERDE:**

- No tengo tos
- No hay silbido en el pecho
- 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), \_\_\_\_\_ veces al día.

Otros medicamentos que tomo **TODOS LOS DÍAS** \_\_\_\_\_

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, resfriados y gripes, y cosas que me puedan producir alergias como: \_\_\_\_\_

LA ZONA AMARILLA



**Cuando estoy en la**

**ZONA AMARILLA:**

- Se presentan los primeros síntomas del asma
- Tengo tos leve o silbido
- 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

LA ZONA ROJA

ME  
SIENTO  
MAL

Necesita  
atención  
médica.



**Cuando estoy en la**

**ZONA ROJA:**

- Tengo tos constante
- El silbido del pecho es constante
- 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: \_\_\_\_\_

**NECESITO  
AYUDA DE  
INMEDIATO:**



**LLAME AL 911  
o vaya a la sala  
de emergencias  
más cercana si:**

- Respira muy fuerte rápidamente
- Respira con tanta dificultad que no puede caminar o hablar
- Al respirar hunde el estómago o los espacios entre las costillas
- Los labios o los dedos se le ponen azules

Superar obstáculos (Marque los obstáculos más comunes de la familia para la atención)

Obstáculo	Punto de acción:
Dificultad para resurtir el medicamento	Pida que resurtan su medicina 7 días antes de vaciar; regístrese para resurtidos automáticos
Dificultad para recordar tomar los medicamentos diarios	Discutir la búsqueda de una buena rutina con la enfermera de la escuela y / o proveedor de atención médica
Piensa que el medicamento no está funcionando	Discutir la búsqueda de una buena rutina con la enfermera de la escuela y / o proveedor de atención médica
No tiene transporte para citas médicas	Llame a Servicios para Miembros de TCHP
Tiene otras preguntas sobre el diagnóstico o medicamentos	Hable con el proveedor de atención médica y/o llame a Servicios para Miembros de TCHP para solicitar un administrador de casos
Dificultad para hacer citas	Llame a la línea de Servicios para Miembros de TCHP [insert numbers]
Preocupación por los efectos secundarios de los medicamentos	Analice sus preocupaciones con su proveedor de atención médica. Llame a la Línea de Ayuda de la Enfermera TCHP.

¿TIENE PREGUNTAS? Línea de Asistencia de Enfermería de Texas Children's Health Plan  
las 24 horas de todos los días: 1-800-686-3831