

Mi perfil del asma

Mi nombre es: (nombre y apellido del niño)

Mi dirección es: (dirección, ciudad, estado, código postal)

Es posible que tenga un ataque de asma cuando (describa los síntomas, como “Yo toso y no puedo respirar bien”, “Mi respiración suena como con un silbido”, etc.):

Mi asma empeora cuando estoy cerca de (enliste los factores desencadenantes que producen un ataque de asma en su niño, como el polvo, alergias a alimentos, el aire frío, etc.):

Usted y el doctor de su niño pueden completar esta importante información.

- * Mantenga siempre una copia con usted. Cuelgue otra copia en un lugar visible.
- * Dé una copia a todas las personas que cuidan de su niño.
- * Actualice este perfil cuando haya algún cambio en el tratamiento o los síntomas de su niño.



Medicamentos de control: Tomo estos medicamentos regularmente, aun cuando no me siento enfermo o respire bien:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNDO LO TOMO	QUIÉN PUEDE DÁRMELO

Medicamentos de rescate: Tomo estos medicamentos cuando tengo un ataque de asma o no puedo respirar:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNDO LO TOMO	QUIÉN PUEDE DÁRMELO

Cuando mis medicamentos de rescate no me ayudan a respirar mejor:

- * **Llame al 911 y pida una ambulancia** para que me lleven al hospital inmediatamente.
- * **Llame a mis padres/guardianes** (si no están conmigo):
- * **Llame al doctor:**

NOMBRES

TELÉFONO

NOMBRES

TELÉFONO