



Asthma Action Plan

Date _____ Patient's Name _____ DOB _____

Green- Go! 80-100% Personal Best Peak Flow. Use controller medicine

Yellow- Caution. 50-79% Personal Best Peak Flow. Use reliever meds

Red- Stop. <50% Personal Best Peak Flow. Get help from a doctor.

| | |
|---|---------------------------------|
| 1. GREEN- GO! | Use Controller medicine. |
| Breathing is good. No cough or wheeze. Can work and play. | |

| | |
|---|---|
| 2. YELLOW- Caution | Take reliever medicine to keep asthma attack from getting bad. |
| Coughing, wheezing, tight chest, waking at night, shortness of breath, difficulty with physical activity. | |

| | |
|--|------------------------------------|
| 3. RED- STOP! DANGER! | Get help from a doctor now! |
| Medicine is not helping. Breathing is very difficult. Cannot walk or play. Cannot talk easily. Ribs are showing. | |

Parent's/Guardian's Signature: _____ Date: _____

Doctor's Signature: _____ Date: _____



Plan de acción contra el asma

Fecha _____ Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Verde- ¡Adelante! 80-100% Mejor Flujo Máximo Personal. Use medicamento de control

Amarillo- Precaución. 50-79% Mejor Flujo Máximo Personal. Use medicamentos de alivio

Rojo- Alto. <50% Flujo Máximo Personal. Pida ayuda a un médico.

| | |
|--|------------------------------------|
| 1. VERDE-¡ADELANTE! | Use medicamento de control. |
| Respira bien. No hay tos ni sibilancias. Puede trabajar y jugar. | |

| | |
|---|--|
| 2. Amarillo- Precaución | Tome medicamentos de alivio para evitar que el ataque de asma se empeore. |
| Tos, sibilancias, presión en el pecho, despertar por la noche, dificultad para respirar, dificultad con la actividades físicas. | |

| | |
|---|------------------------------------|
| 3. ROJO-¡ALTO! ¡Precaución! | ¡Pida ayuda a un médico ya! |
| Los medicamentos no ayudan. La respiración es muy difícil. No puede caminar ni jugar. No puede hablar con facilidad. Se le ven las costillas. | |

Firma de los padres/tutores: _____ Fecha: _____

Firma del Medico: _____ Fecha: _____