



My Asthma Action Plan

Name: _____ Date of Birth: _____

Emergency Contact: _____ Emergency Contact Phone: _____

School: _____ Phone: _____

My triggers are: ☐ Pollen ☐ Air pollution ☐ Mold ☐ Dust mites ☐ Smoke ☐ Strong smells ☐ Cockroaches

☐ Exercise ☐ Animals ☐ Colds ☐ Stress ☐ Not taking your asthma medicine ☐ Food _____ ☐ Other _____

My asthma level is: ☐ 1 Intermittent ☐ 2 Mild Persistent ☐ 3 Moderate Persistent ☐ 4 Severe Persistent

GREEN I feel GOOD	- Breathing is good - No cough or wheeze - Can work and play  Peak Flow Number _____ to _____ (80-100% of personal best)	PREVENT asthma symptoms every day: <i>(Rinse mouth after using inhalers)</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th>DHS Formulary Medicine:</th> <th>How much:</th> <th>When:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ QVAR® 40, 80mcg</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Flovent® 44¹, 110¹, 220²mcg</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ PULMICORT®³ 90, 180mcg</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Advair®⁴ 100/50, 250/50mcg</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Dulera®⁵ 100/5, 200/5mcg</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Montelukast 4, 5, 10mg</td> <td>_____ Tablets</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Budesonide®⁶ 0.25, 0.5mg</td> <td>in nebulizer</td> <td>_____ times per day</td> </tr> </tbody> </table> 20 minutes before exercise, use this medicine: _____ ¹Restricted to children; ²Allergy use only; ³Restricted to pregnancy; ⁴Restricted to children <12; ⁵Restricted to children ≥ 12; ⁶Restricted to children <9	DHS Formulary Medicine:	How much:	When:	☐ QVAR® 40, 80mcg	_____ Puffs	_____ times per day	☐ Flovent® 44 ¹ , 110 ¹ , 220 ² mcg	_____ Puffs	_____ times per day	☐ PULMICORT® ³ 90, 180mcg	_____ Puffs	_____ times per day	☐ Advair® ⁴ 100/50, 250/50mcg	_____ Puffs	_____ times per day	☐ Dulera® ⁵ 100/5, 200/5mcg	_____ Puffs	_____ times per day	☐ Montelukast 4, 5, 10mg	_____ Tablets	_____ times per day	☐ Budesonide® ⁶ 0.25, 0.5mg	in nebulizer	_____ times per day						
DHS Formulary Medicine:	How much:	When:																														
☐ QVAR® 40, 80mcg	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ Flovent® 44 ¹ , 110 ¹ , 220 ² mcg	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ PULMICORT® ³ 90, 180mcg	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ Advair® ⁴ 100/50, 250/50mcg	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ Dulera® ⁵ 100/5, 200/5mcg	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ Montelukast 4, 5, 10mg	_____ Tablets	_____ times per day																														
☐ Budesonide® ⁶ 0.25, 0.5mg	in nebulizer	_____ times per day																														
YELLOW If Do NOT feel GOOD	- Cough or wheeze - Difficulty breathing - Wake up at night     Peak Flow Number _____ to _____ (50-80% of personal best)	SLOW DOWN & take relief medicine: <i>(Rinse mouth after using inhalers)</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th>DHS Formulary Medicine:</th> <th>How much:</th> <th>When:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Albuterol/*levalbuterol</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Albuterol/*levalbuterol</td> <td>in nebulizer</td> <td>_____ times per day</td> </tr> </tbody> </table> (*only if on Managed Care formulary) ALSO CONTINUE/INCREASE your preventive medicine: <table border="0"> <tbody> <tr> <td>☐ QVAR® 40, 80mcg</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Flovent® 44¹, 110¹, 220²mcg</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ PULMICORT®³ 90, 180mcg</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Advair®⁴ 100/50, 250/50mcg</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Dulera®⁵ 100/5, 200/5mcg</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Montelukast®⁴ 4, 5, 10mg</td> <td>_____ Tablets</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Budesonide®⁶ 0.25, 0.5mg</td> <td>in nebulizer</td> <td>_____ times per day</td> </tr> </tbody> </table>	DHS Formulary Medicine:	How much:	When:	☐ Albuterol/*levalbuterol	_____ Puffs	_____ times per day	☐ Albuterol/*levalbuterol	in nebulizer	_____ times per day	☐ QVAR® 40, 80mcg	_____ Puffs	_____ times per day	☐ Flovent® 44 ¹ , 110 ¹ , 220 ² mcg	_____ Puffs	_____ times per day	☐ PULMICORT® ³ 90, 180mcg	_____ Puffs	_____ times per day	☐ Advair® ⁴ 100/50, 250/50mcg	_____ Puffs	_____ times per day	☐ Dulera® ⁵ 100/5, 200/5mcg	_____ Puffs	_____ times per day	☐ Montelukast® ⁴ 4, 5, 10mg	_____ Tablets	_____ times per day	☐ Budesonide® ⁶ 0.25, 0.5mg	in nebulizer	_____ times per day
DHS Formulary Medicine:	How much:	When:																														
☐ Albuterol/*levalbuterol	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ Albuterol/*levalbuterol	in nebulizer	_____ times per day																														
☐ QVAR® 40, 80mcg	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ Flovent® 44 ¹ , 110 ¹ , 220 ² mcg	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ PULMICORT® ³ 90, 180mcg	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ Advair® ⁴ 100/50, 250/50mcg	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ Dulera® ⁵ 100/5, 200/5mcg	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ Montelukast® ⁴ 4, 5, 10mg	_____ Tablets	_____ times per day																														
☐ Budesonide® ⁶ 0.25, 0.5mg	in nebulizer	_____ times per day																														
RED If feel Awful	- Medicine not helping - Breathing hard, fast - Can't talk/walk well  Peak Flow Number _____ to _____ (<50% of personal best)	MEDICAL ALERT - GET HELP NOW! Call your doctor at _____ Take these medicines until you talk to the doctor or for school, until you talk to the parent: <table border="0"> <thead> <tr> <th>DHS Formulary Medicine:</th> <th>How much:</th> <th>When:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Albuterol/*levalbuterol</td> <td>_____ Puffs</td> <td>_____ times per day</td> </tr> <tr> <td>☐ Albuterol/*levalbuterol</td> <td>in nebulizer</td> <td>_____ times per day</td> </tr> </tbody> </table> (*only if on Managed Care formulary) <table border="0"> <tbody> <tr> <td>☐ Prednisone (1-2mg/kg/day)</td> <td>_____ Tablets as follows:</td> </tr> <tr> <td>☐ Prednisone 15mg/5cc; 5mg/5cc</td> <td>_____ Teaspoons as follows:</td> </tr> </tbody> </table> Continue to use all medications in the yellow zone - shaded box Don't wait - Call 911 if your asthma is severe or if no improvement after medicine	DHS Formulary Medicine:	How much:	When:	☐ Albuterol/*levalbuterol	_____ Puffs	_____ times per day	☐ Albuterol/*levalbuterol	in nebulizer	_____ times per day	☐ Prednisone (1-2mg/kg/day)	_____ Tablets as follows:	☐ Prednisone 15mg/5cc; 5mg/5cc	_____ Teaspoons as follows:																	
DHS Formulary Medicine:	How much:	When:																														
☐ Albuterol/*levalbuterol	_____ Puffs	_____ times per day																														
☐ Albuterol/*levalbuterol	in nebulizer	_____ times per day																														
☐ Prednisone (1-2mg/kg/day)	_____ Tablets as follows:																															
☐ Prednisone 15mg/5cc; 5mg/5cc	_____ Teaspoons as follows:																															

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may carry and self-administer asthma medications: ☐ Yes ☐ No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Print Provider Name/Credentials: _____ Signature: _____ Date: _____

Provider Phone #: _____ Provider Address: _____

Print Name of Supervising Physician (if NP, Midwife, or PA) _____ Furnishing # N.P or Midwife _____

Authorization and Disclaimer from Parent/Guardian: I request that the school assist my child with the above asthma medications and the asthma action plan in accordance with state laws and regulations. ☐ Yes ☐ No

My child may carry and self-administer asthma medications and I agree to release the school district and school personnel from all claims of liability if my child suffers any adverse reactions from self-administration of asthma medications. ☐ Yes ☐ No

Print Parent/Guardian Name: _____ Signature: _____ Date: _____



Mi Plan de Acción Contra el Asma

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contacto para emergencias: _____ Teléfono del contacto para emergencias: _____

Escuela: _____ Teléfono: _____

Mis desencadenantes son: ☐ Polen ☐ Contaminación atmosférica ☐ Moho ☐ Ácaros del polvo ☐ Humo ☐ Olores fuertes ☐ Cucarachas
☐ Ejercicio ☐ Animales ☐ Resfriados ☐ Estrés ☐ No tomar su medicamento para el asma ☐ Comida _____ ☐ Otro _____

El nivel de mi asma es: ☐ 1 Intermitente ☐ 2 Persistente ☐ 3 Moderado Persistente ☐ 4 Severo Persistente

VERDE Me Siento Bien	• Respiro bien • No tengo tos ni respiración con sibilancia • Puedo trabajar y jugar  Valores de flujo máximo _____ a _____ (80-100% de su rendimiento)	PREVENGA los síntomas del asma cada día: (Enjuáguese la boca después de usar inhaladores) <table border="0"> <thead> <tr> <th>Lista de Medicamentos DHS:</th> <th>Cuánto:</th> <th>Cuándo:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ QVAR® 40, 80mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Flovent® 44¹, 110¹, 220²mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ PULMICORT®³ 90, 180mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Advair®⁴ 100/50, 250/50mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Dulera®⁵ 100/5, 200/5mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Montelukast 4, 5, 10mg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Budesonide®⁶ 0.25, 0.5mg</td> <td>en nebulizador</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> </tbody> </table> Utilice este medicamento 20 minutos antes de ejercitarse: _____ ¹Uso limitado a niños; ²Utilice sólo en caso de alergia; ³Uso limitado durante el embarazo; ⁴Limitado a niños <12; ⁵Limitado a niños ≥12; ⁶restricted to children <9	Lista de Medicamentos DHS:	Cuánto:	Cuándo:	☐ QVAR® 40, 80mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Flovent® 44 ¹ , 110 ¹ , 220 ² mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ PULMICORT® ³ 90, 180mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Advair® ⁴ 100/50, 250/50mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Dulera® ⁵ 100/5, 200/5mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Montelukast 4, 5, 10mg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Budesonide® ⁶ 0.25, 0.5mg	en nebulizador	_____ veces al día						
Lista de Medicamentos DHS:	Cuánto:	Cuándo:																														
☐ QVAR® 40, 80mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Flovent® 44 ¹ , 110 ¹ , 220 ² mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ PULMICORT® ³ 90, 180mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Advair® ⁴ 100/50, 250/50mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Dulera® ⁵ 100/5, 200/5mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Montelukast 4, 5, 10mg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Budesonide® ⁶ 0.25, 0.5mg	en nebulizador	_____ veces al día																														
AMARILLO NO me Siento Bien	• El medicamento no me ayuda • Respiro rápido • No puedo habla/caminar bien  Tos  Jadear  Opresión en el pecho  Despertar por la noche Valores de flujo máximo _____ a _____ (50-80% de su rendimiento)	RELAJESE y tome medicamento de alivio rápido: (Enjuáguese la boca después de usar) <table border="0"> <thead> <tr> <th>Lista de Medicamentos DHS:</th> <th>Cuánto:</th> <th>Cuándo:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Albuterol/*levalbuterol</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Albuterol/*levalbuterol</td> <td>en nebulizador</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> </tbody> </table> (*Sólo si esta en la lista de medicamentos de Managed Care) CONTINUAR/AUMENTAR la dosis de su medicamento preventivo: <table border="0"> <tbody> <tr> <td>☐ QVAR® 40, 80mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Flovent® 44¹, 110¹, 220²mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ PULMICORT®³ 90, 180mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Advair®⁴ 100/50, 250/50mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Dulera®⁵ 100/5, 200/5mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Montelukast®⁴ 4, 5, 10mg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Budesonide®⁶ 0.25, 0.5mg</td> <td>en nebulizador</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> </tbody> </table>	Lista de Medicamentos DHS:	Cuánto:	Cuándo:	☐ Albuterol/*levalbuterol	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Albuterol/*levalbuterol	en nebulizador	_____ veces al día	☐ QVAR® 40, 80mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Flovent® 44 ¹ , 110 ¹ , 220 ² mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ PULMICORT® ³ 90, 180mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Advair® ⁴ 100/50, 250/50mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Dulera® ⁵ 100/5, 200/5mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Montelukast® ⁴ 4, 5, 10mg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Budesonide® ⁶ 0.25, 0.5mg	en nebulizador	_____ veces al día
Lista de Medicamentos DHS:	Cuánto:	Cuándo:																														
☐ Albuterol/*levalbuterol	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Albuterol/*levalbuterol	en nebulizador	_____ veces al día																														
☐ QVAR® 40, 80mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Flovent® 44 ¹ , 110 ¹ , 220 ² mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ PULMICORT® ³ 90, 180mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Advair® ⁴ 100/50, 250/50mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Dulera® ⁵ 100/5, 200/5mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Montelukast® ⁴ 4, 5, 10mg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Budesonide® ⁶ 0.25, 0.5mg	en nebulizador	_____ veces al día																														
ROJO Me Siento Muy Mal	• El medicamento no me ayuda • Respiro rápido • No puedo habla/caminar bien  Repetir albuterol/levalbuterol en 20 minutos si es necesario x 3 Valores de flujo máximo _____ a _____ (<50% de su rendimiento)	ALERTA MEDICA - ¡CONSIGA AYUDA! Llame a su médico al _____ Tome estos medicamentos hasta que hable con su médico o, si se encuentra en la escuela, hasta que hable con los padres: <table border="0"> <thead> <tr> <th>Lista de Medicamentos DHS:</th> <th>Cuánto:</th> <th>Cuándo:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Albuterol/*levalbuterol</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Albuterol/*levalbuterol</td> <td>en nebulizador</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> </tbody> </table> (*Sólo si esta en la lista de medicamentos de Managed Care) <table border="0"> <tbody> <tr> <td>☐ Prednisone (1-2mg/kg/día)</td> <td>_____ Tabletas de la siguiente manera:</td> </tr> <tr> <td>☐ Prednisone 15mg/5cc; 5mg/5cc</td> <td>_____ Cucharaditas de la siguiente manera:</td> </tr> </tbody> </table> Siga usando todos los medicamentos en la zona amarilla - cuadro sombreado No espere - Llame al 911 si su asma empeora o no mejora después de tomar el medicamento	Lista de Medicamentos DHS:	Cuánto:	Cuándo:	☐ Albuterol/*levalbuterol	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	☐ Albuterol/*levalbuterol	en nebulizador	_____ veces al día	☐ Prednisone (1-2mg/kg/día)	_____ Tabletas de la siguiente manera:	☐ Prednisone 15mg/5cc; 5mg/5cc	_____ Cucharaditas de la siguiente manera:																	
Lista de Medicamentos DHS:	Cuánto:	Cuándo:																														
☐ Albuterol/*levalbuterol	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																														
☐ Albuterol/*levalbuterol	en nebulizador	_____ veces al día																														
☐ Prednisone (1-2mg/kg/día)	_____ Tabletas de la siguiente manera:																															
☐ Prednisone 15mg/5cc; 5mg/5cc	_____ Cucharaditas de la siguiente manera:																															

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may carry and self-administer asthma medications: ☐ Yes ☐ No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Print Provider Name/Credentials: _____ Signature: _____ Date: _____

Provider Phone #: _____ Provider Address: _____

Print Name of Supervising Physician (if NP, Midwife, or PA) _____ Furnishing # N.P or Midwife _____

Autorización y descargo de responsabilidad del padre/tutor: Solicito que la escuela ayude a mi hijo/a con los medicamentos contra el asma indicados arriba y el plan de acción contra el asma de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales. ☐ Si ☐ No

Mi hijo/a puede llevar y administrarse medicamentos contra el asma y yo acepto eximir de todo responsabilidad al distrito escolar y al personal de la escuela si mi hijo/a llegara a sufrir alguna reacción adversa por administración los medicamentos contra el asma. ☐ Si ☐ No

Nombre del padre/tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____