CAPACITACIÓN:
REGISTRO ESCOLAR DE ASMA
2026-2027

Unidad de Manejo y Control de Asma
División de Prevención y Control de Enfermedades
Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral
Departamento de Salud de Puerto Rico

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

LEYES Y REGLAMENTOS

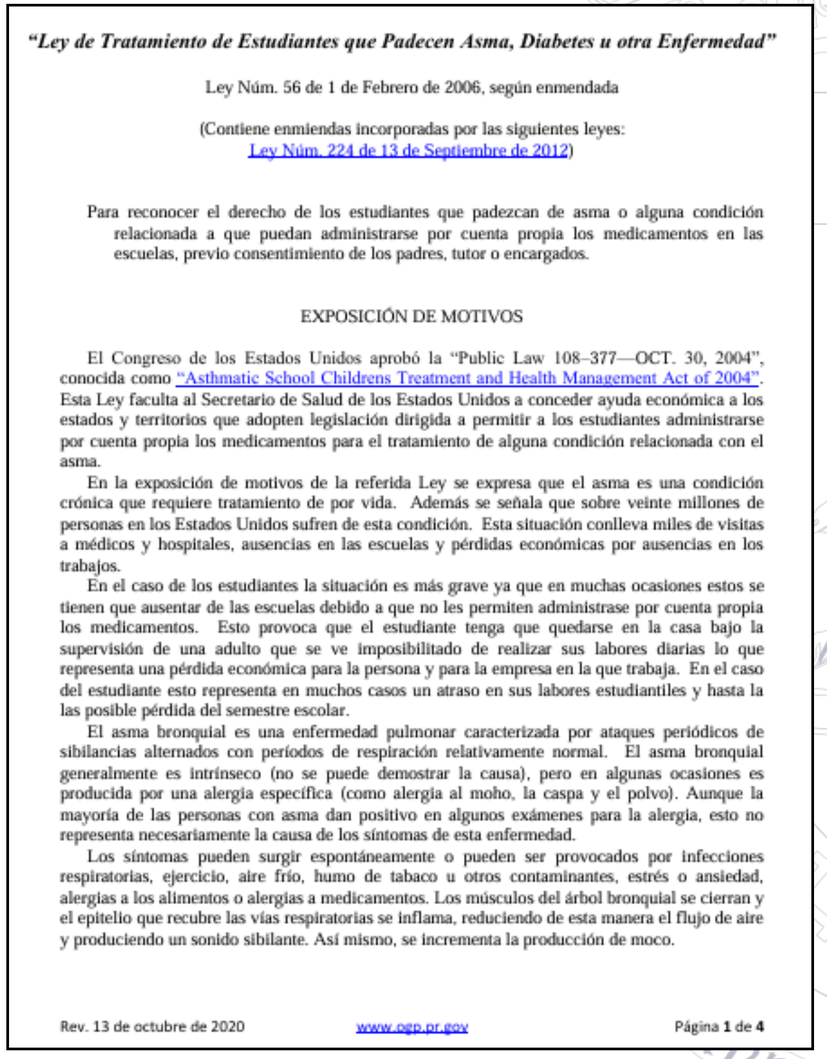
ACERCA DEL ASMA

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

LEY 56 DEL 1 DE FEBRERO DE 2006
DESCRIPCIÓN

- Enmendada el 13 de septiembre de 2012 como la “Ley de Tratamiento de Estudiantes que Padecen Asma, Diabetes u otra enfermedad”.

- Establece que todo estudiante de escuela pública o privada tendrá derecho a administrarse, por cuenta propia, los medicamentos para el tratamiento de su condición.



“Ley de Tratamiento de Estudiantes que Padecen Asma, Diabetes u otra Enfermedad”

Ley Núm. 56 de 1 de Febrero de 2006, según enmendada

(Contiene enmiendas incorporadas por las siguientes leyes:
Ley Núm. 224 de 13 de Septiembre de 2012)

Para reconocer el derecho de los estudiantes que padezcan de asma o alguna condición relacionada a que puedan administrarse por cuenta propia los medicamentos en las escuelas, previo consentimiento de los padres, tutor o encargados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Congreso de los Estados Unidos aprobó la “Public Law 108–377—OCT. 30, 2004”, conocida como “Asthmatic School Childrens Treatment and Health Management Act of 2004”. Esta Ley faculta al Secretario de Salud de los Estados Unidos a conceder ayuda económica a los estados y territorios que adopten legislación dirigida a permitir a los estudiantes administrarse por cuenta propia los medicamentos para el tratamiento de alguna condición relacionada con el asma.

En la exposición de motivos de la referida Ley se expresa que el asma es una condición crónica que requiere tratamiento de por vida. Además se señala que sobre veinte millones de personas en los Estados Unidos sufren de esta condición. Esta situación conlleva miles de visitas a médicos y hospitales, ausencias en las escuelas y pérdidas económicas por ausencias en los trabajos.

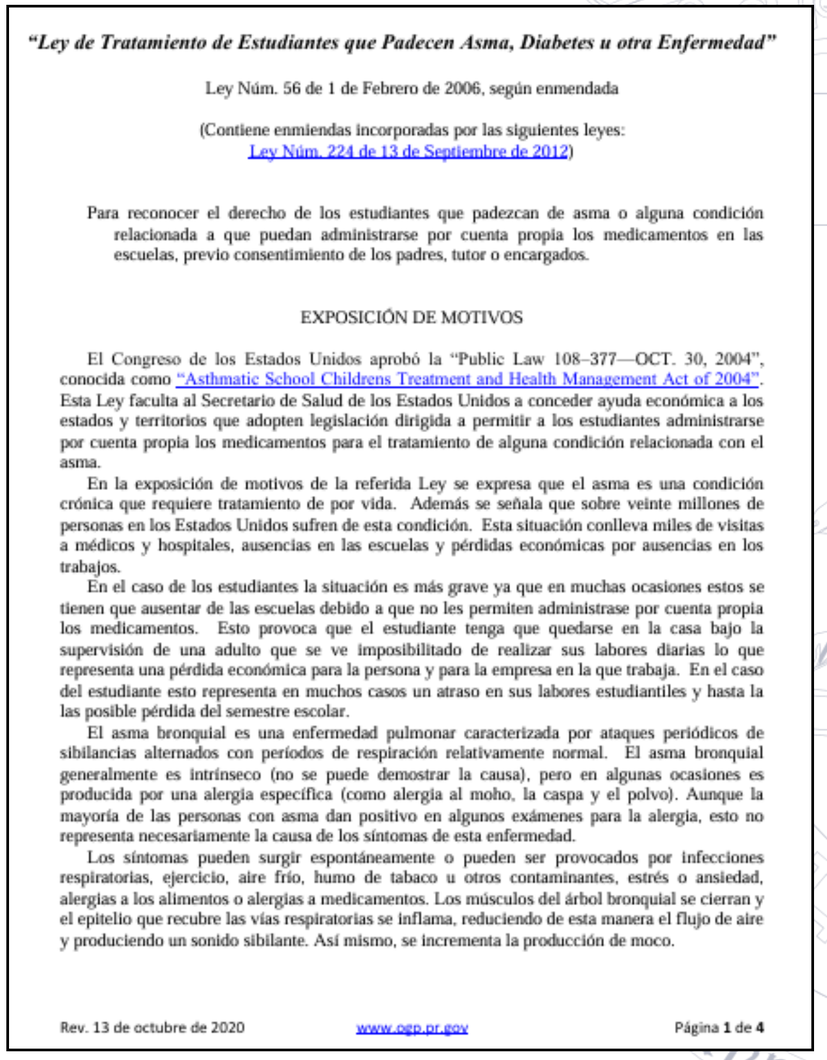
En el caso de los estudiantes la situación es más grave ya que en muchas ocasiones estos se tienen que ausentar de las escuelas debido a que no les permiten administrase por cuenta propia los medicamentos. Esto provoca que el estudiante tenga que quedarse en la casa bajo la supervisión de una adulto que se ve imposibilitado de realizar sus labores diarias lo que representa una pérdida económica para la persona y para la empresa en la que trabaja. En el caso del estudiante esto representa en muchos casos un atraso en sus labores estudiantiles y hasta la las posible pérdida del semestre escolar.

El asma bronquial es una enfermedad pulmonar caracterizada por ataques periódicos de sibilancias alternados con períodos de respiración relativamente normal. El asma bronquial generalmente es intrínseco (no se puede demostrar la causa), pero en algunas ocasiones es producida por una alergia específica (como alergia al moho, la caspa y el polvo). Aunque la mayoría de las personas con asma dan positivo en algunos exámenes para la alergia, esto no representa necesariamente la causa de los síntomas de esta enfermedad.

Los síntomas pueden surgir espontáneamente o pueden ser provocados por infecciones respiratorias, ejercicio, aire frío, humo de tabaco u otros contaminantes, estrés o ansiedad, alergias a los alimentos o alergias a medicamentos. Los músculos del árbol bronquial se cierran y el epitelio que recubre las vías respiratorias se inflama, reduciendo de esta manera el flujo de aire y produciendo un sonido sibilante. Así mismo, se incrementa la producción de moco.

LEY 56 DEL 1 DE FEBRERO DE 2006
IMPORTANCIA Y VENTAJAS

- **Continuidad del tratamiento.**
- **Menos ausencias.**
- **Adherencia al tratamiento.**
- **Educación sobre asma.**
- **Mejor calidad de vida.**



"Ley de Tratamiento de Estudiantes que Padecen Asma, Diabetes u otra Enfermedad"

Ley Núm. 56 de 1 de Febrero de 2006, según enmendada

(Contiene enmiendas incorporadas por las siguientes leyes:
Ley Núm. 224 de 13 de Septiembre de 2012)

Para reconocer el derecho de los estudiantes que padezcan de asma o alguna condición relacionada a que puedan administrarse por cuenta propia los medicamentos en las escuelas, previo consentimiento de los padres, tutor o encargados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Congreso de los Estados Unidos aprobó la "Public Law 108–377—OCT. 30, 2004", conocida como "Asthmatic School Childrens Treatment and Health Management Act of 2004". Esta Ley faculta al Secretario de Salud de los Estados Unidos a conceder ayuda económica a los estados y territorios que adopten legislación dirigida a permitir a los estudiantes administrarse por cuenta propia los medicamentos para el tratamiento de alguna condición relacionada con el asma.

En la exposición de motivos de la referida Ley se expresa que el asma es una condición crónica que requiere tratamiento de por vida. Además se señala que sobre veinte millones de personas en los Estados Unidos sufren de esta condición. Esta situación conlleva miles de visitas a médicos y hospitales, ausencias en las escuelas y pérdidas económicas por ausencias en los trabajos.

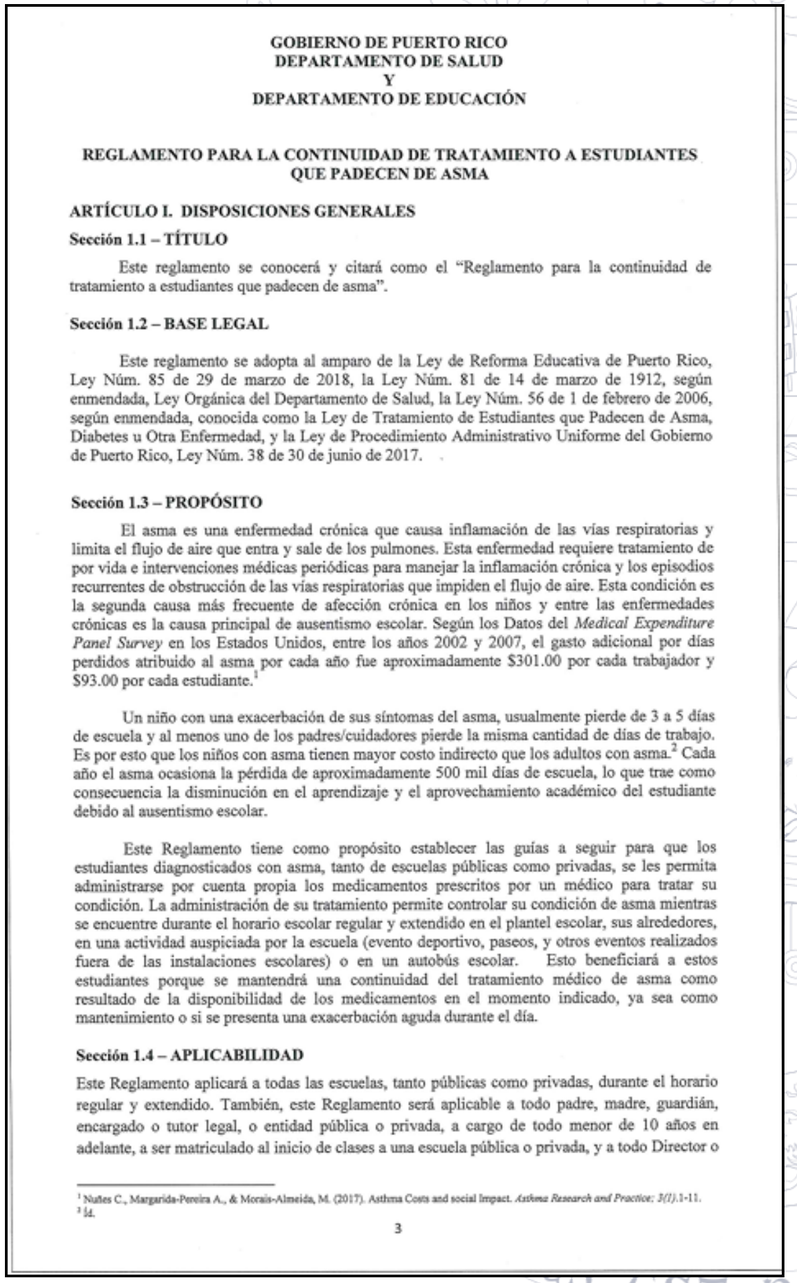
En el caso de los estudiantes la situación es más grave ya que en muchas ocasiones estos se tienen que ausentar de las escuelas debido a que no les permiten administrase por cuenta propia los medicamentos. Esto provoca que el estudiante tenga que quedarse en la casa bajo la supervisión de una adulto que se ve imposibilitado de realizar sus labores diarias lo que representa una pérdida económica para la persona y para la empresa en la que trabaja. En el caso del estudiante esto representa en muchos casos un atraso en sus labores estudiantiles y hasta la las posible pérdida del semestre escolar.

El asma bronquial es una enfermedad pulmonar caracterizada por ataques periódicos de sibilancias alternados con períodos de respiración relativamente normal. El asma bronquial generalmente es intrínseco (no se puede demostrar la causa), pero en algunas ocasiones es producida por una alergia específica (como alergia al moho, la caspa y el polvo). Aunque la mayoría de las personas con asma dan positivo en algunos exámenes para la alergia, esto no representa necesariamente la causa de los síntomas de esta enfermedad.

Los síntomas pueden surgir espontáneamente o pueden ser provocados por infecciones respiratorias, ejercicio, aire frío, humo de tabaco u otros contaminantes, estrés o ansiedad, alergias a los alimentos o alergias a medicamentos. Los músculos del árbol bronquial se cierran y el epitelio que recubre las vías respiratorias se inflama, reduciendo de esta manera el flujo de aire y produciendo un sonido sibilante. Así mismo, se incrementa la producción de moco.

REGLAMENTO 9224
DESCRIPCIÓN

- Aprobado el 23 de octubre de 2020 e implementado durante el proceso de matrícula de agosto 2021.
- Permite a los niños de 10 años en adelante administrarse, por cuenta propia, los medicamentos de asma en la escuela y en actividades extracurriculares, durante el horario escolar regular y extendido.
  - En el caso de los menores de 10 años, estos pueden autoadministrarse los medicamentos si el médico lo considera necesario dado la severidad de la enfermedad.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
Y
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

REGLAMENTO PARA LA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO A ESTUDIANTES QUE PADECEN DE ASMA

ARTÍCULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Sección 1.1 – TÍTULO

Este reglamento se conocerá y citará como el "Reglamento para la continuidad de tratamiento a estudiantes que padecen de asma".

Sección 1.2 – BASE LEGAL

Este reglamento se adopta al amparo de la Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico, Ley Núm. 85 de 29 de marzo de 2018, la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, Ley Orgánica del Departamento de Salud, la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada, conocida como la Ley de Tratamiento de Estudiantes que Padecen de Asma, Diabetes u Otra Enfermedad, y la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico, Ley Núm. 38 de 30 de junio de 2017.

Sección 1.3 – PROPÓSITO

El asma es una enfermedad crónica que causa inflamación de las vías respiratorias y limita el flujo de aire que entra y sale de los pulmones. Esta enfermedad requiere tratamiento de por vida e intervenciones médicas periódicas para manejar la inflamación crónica y los episodios recurrentes de obstrucción de las vías respiratorias que impiden el flujo de aire. Esta condición es la segunda causa más frecuente de afección crónica en los niños y entre las enfermedades crónicas es la causa principal de ausentismo escolar. Según los Datos del *Medical Expenditure Panel Survey* en los Estados Unidos, entre los años 2002 y 2007, el gasto adicional por días perdidos atribuido al asma por cada año fue aproximadamente $301.00 por cada trabajador y $93.00 por cada estudiante.[1]

Un niño con una exacerbación de sus síntomas del asma, usualmente pierde de 3 a 5 días de escuela y al menos uno de los padres/cuidadores pierde la misma cantidad de días de trabajo. Es por esto que los niños con asma tienen mayor costo indirecto que los adultos con asma.[2] Cada año el asma ocasiona la pérdida de aproximadamente 500 mil días de escuela, lo que trae como consecuencia la disminución en el aprendizaje y el aprovechamiento académico del estudiante debido al ausentismo escolar.

Este Reglamento tiene como propósito establecer las guías a seguir para que los estudiantes diagnosticados con asma, tanto de escuelas públicas como privadas, se les permita administrarse por cuenta propia los medicamentos prescritos por un médico para tratar su condición. La administración de su tratamiento permite controlar su condición de asma mientras se encuentre durante el horario escolar regular y extendido en el plantel escolar, sus alrededores, en una actividad auspiciada por la escuela (evento deportivo, paseos, y otros eventos realizados fuera de las instalaciones escolares) o en un autobús escolar. Esto beneficiará a estos estudiantes porque se mantendrá una continuidad del tratamiento médico de asma como resultado de la disponibilidad de los medicamentos en el momento indicado, ya sea como mantenimiento o si se presenta una exacerbación aguda durante el día.

Sección 1.4 – APLICABILIDAD

Este Reglamento aplicará a todas las escuelas, tanto públicas como privadas, durante el horario regular y extendido. También, este Reglamento será aplicable a todo padre, madre, guardián, encargado o tutor legal, o entidad pública o privada, a cargo de todo menor de 10 años en adelante, a ser matriculado al inicio de clases a una escuela pública o privada, y a todo Director o

[1] Nuñes C., Margarida-Pereira A., & Morais-Almeida, M. (2017). Asthma Costs and social Impact. *Asthma Research and Practice; 3(1)*.1-11.
[2] Íd.

REGLAMENTO 9675
DESCRIPCIÓN

- Aprobado el 23 de junio de 2025.
- Su propósito es establecer un marco claro para que el personal escolar y de enfermería administre y custodie medicamentos durante el horario escolar.
- Promueve acceso equitativo a educación, minimizando riesgos y asegurando continuidad de tratamientos.
- Solo personal de enfermería licenciado puede administrar medicamentos recetados.



REGLAMENTO 9675
DESCRIPCIÓN

- Los medicamentos deben guardarse en botiquines o neveras con llave, según el Plan de Manejo Médico (PMM).

- Se requieren dos planes obligatorios:
  - PMM: preparado por un médico; detalla diagnóstico, tratamiento, dosis y autorizaciones.
  - PME: preparado por la escuela junto a los encargados; integra manejo escolar y logística.

- El cumplimiento depende de que la escuela tenga una enfermería adecuada y equipada.



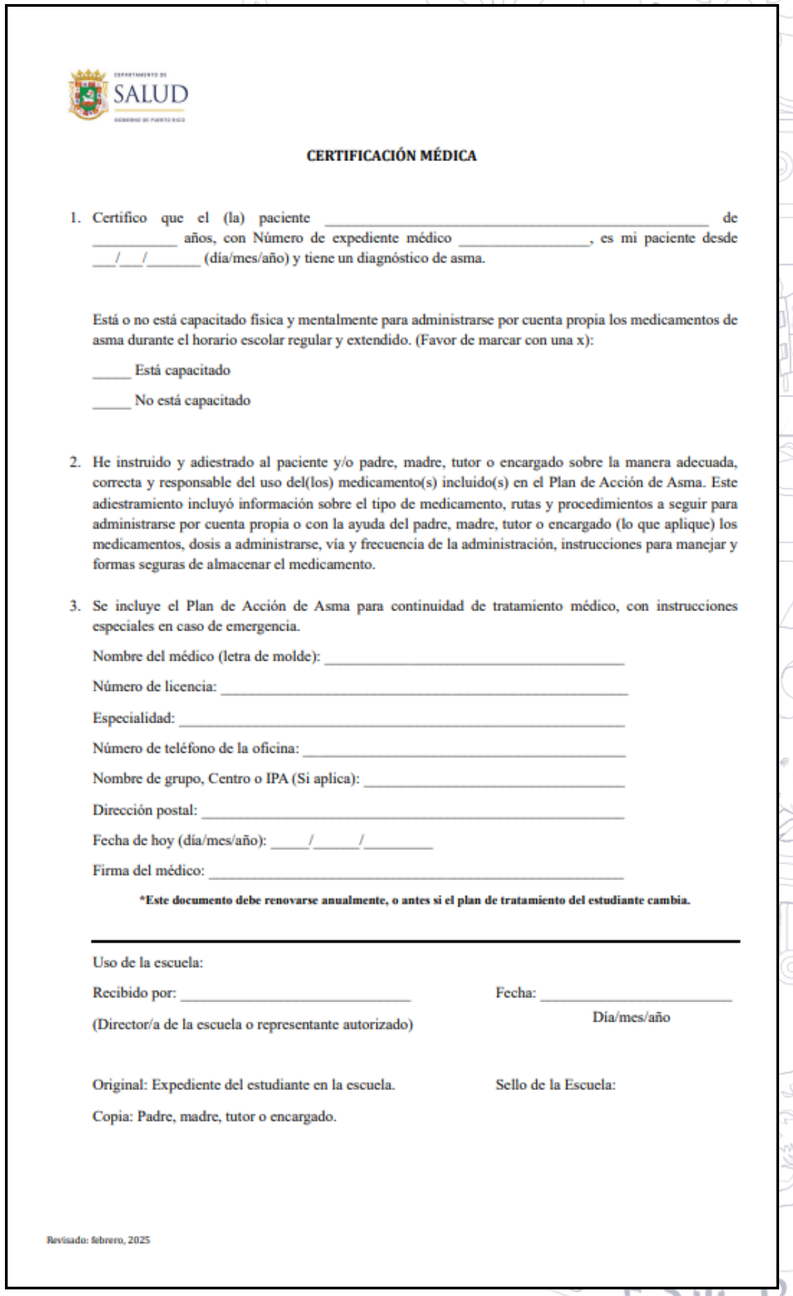
DOCUMENTOS REQUERIDOS
EN EL INICIO DEL AÑO ESCOLAR

1. Plan de acción de asma.
2. Certificación médica.
3. Autorización y relevo de responsabilidad.
4. Relevo de responsabilidad.
5. Certificación del maestro.



CERTIFICACIÓN MÉDICA
DESCRIPCIÓN

- Padre, madre, tutor o encargado(a) lo entrega para que el médico lo complete.
- Aspectos importantes que incluye:
  - Capacidad del estudiante para autoadministrarse el medicamento para el asma.
  - Educación sobre la utilización adecuada de los medicamentos en el Plan de Acción.
  - Información del médico.



DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN MÉDICA

1. Certifico que el (la) paciente _____ de _____ años, con Número de expediente médico _____, es mi paciente desde ___/___/_____ (día/mes/año) y tiene un diagnóstico de asma.

Está o no está capacitado física y mentalmente para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido. (Favor de marcar con una x):

_____ Está capacitado

_____ No está capacitado

2. He instruido y adiestrado al paciente y/o padre, madre, tutor o encargado sobre la manera adecuada, correcta y responsable del uso del(los) medicamento(s) incluido(s) en el Plan de Acción de Asma. Este adiestramiento incluyó información sobre el tipo de medicamento, rutas y procedimientos a seguir para administrarse por cuenta propia o con la ayuda del padre, madre, tutor o encargado (lo que aplique) los medicamentos, dosis a administrarse, vía y frecuencia de la administración, instrucciones para manejar y formas seguras de almacenar el medicamento.

3. Se incluye el Plan de Acción de Asma para continuidad de tratamiento médico, con instrucciones especiales en caso de emergencia.

Nombre del médico (letra de molde): _____

Número de licencia: _____

Especialidad: _____

Número de teléfono de la oficina: _____

Nombre de grupo, Centro o IPA (Si aplica): _____

Dirección postal: _____

Fecha de hoy (día/mes/año): _____/_____/_____

Firma del médico: _____

***Este documento debe renovarse anualmente, o antes si el plan de tratamiento del estudiante cambia.**

Uso de la escuela:

Recibido por: _____ Fecha: _____

(Director/a de la escuela o representante autorizado) Día/mes/año

Original: Expediente del estudiante en la escuela. Sello de la Escuela:

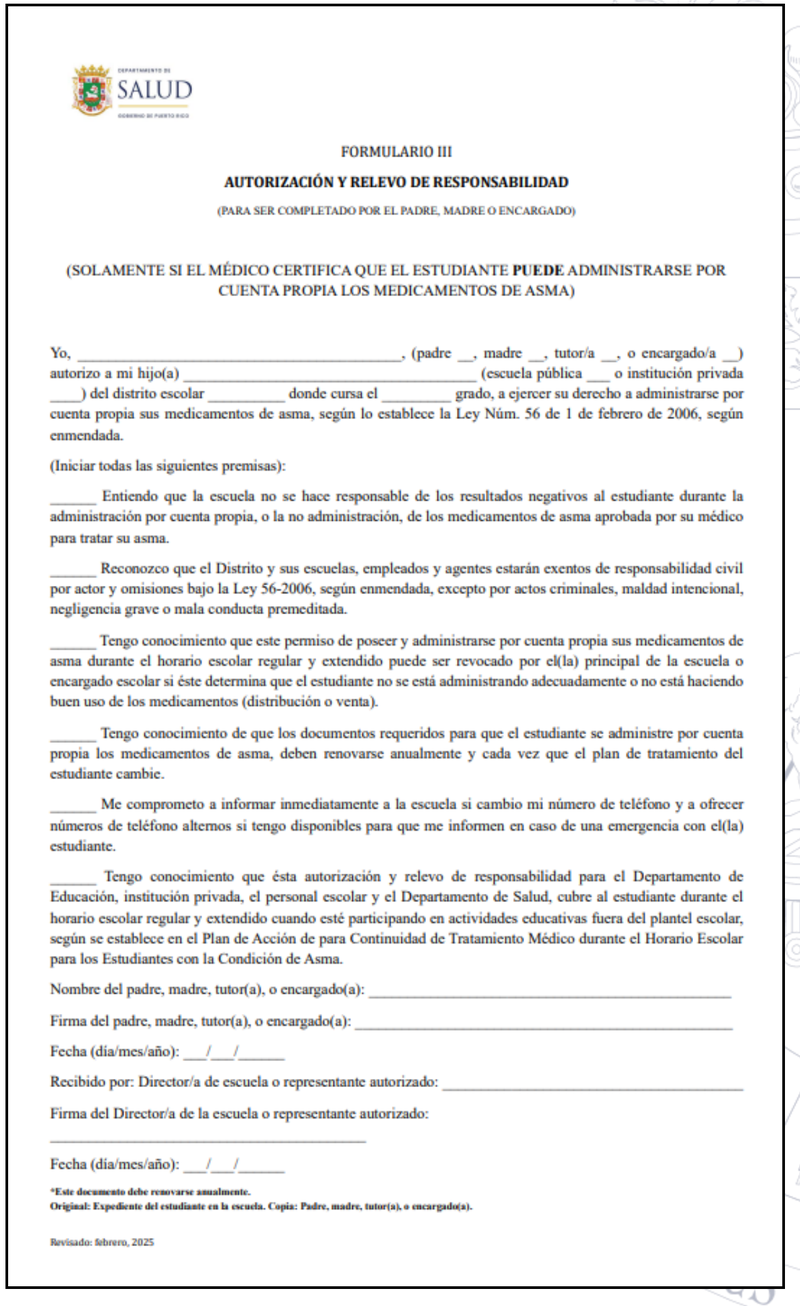
Copia: Padre, madre, tutor o encargado.

Revisado: febrero, 2025

AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

DESCRIPCIÓN

- Padre, madre, tutor o encargado(a) lo completa si el médico certifica que el estudiante puede autoadministrarse los medicamentos para el asma.



DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

FORMULARIO III

AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

(PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O ENCARGADO)

(SOLAMENTE SI EL MÉDICO CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE **PUEDE** ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA)

Yo, _____, (padre __, madre __, tutor/a __, o encargado/a __) autorizo a mi hijo(a) _____ (escuela pública ___ o institución privada ____) del distrito escolar _____ donde cursa el _____ grado, a ejercer su derecho a administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma, según lo establece la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada.

(Iniciar todas las siguientes premisas):

_____ Entiendo que la escuela no se hace responsable de los resultados negativos al estudiante durante la administración por cuenta propia, o la no administración, de los medicamentos de asma aprobada por su médico para tratar su asma.

_____ Reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actor y omisiones bajo la Ley 56-2006, según enmendada, excepto por actos criminales, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta premeditada.

_____ Tengo conocimiento que este permiso de poseer y administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido puede ser revocado por el(la) principal de la escuela o encargado escolar si éste determina que el estudiante no se está administrando adecuadamente o no está haciendo buen uso de los medicamentos (distribución o venta).

_____ Tengo conocimiento de que los documentos requeridos para que el estudiante se administre por cuenta propia los medicamentos de asma, deben renovarse anualmente y cada vez que el plan de tratamiento del estudiante cambie.

_____ Me comprometo a informar inmediatamente a la escuela si cambio mi número de teléfono y a ofrecer números de teléfono alternos si tengo disponibles para que me informen en caso de una emergencia con el(la) estudiante.

_____ Tengo conocimiento que ésta autorización y relevo de responsabilidad para el Departamento de Educación, institución privada, el personal escolar y el Departamento de Salud, cubre al estudiante durante el horario escolar regular y extendido cuando esté participando en actividades educativas fuera del plantel escolar, según se establece en el Plan de Acción de para Continuidad de Tratamiento Médico durante el Horario Escolar para los Estudiantes con la Condición de Asma.

Nombre del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): _____

Firma del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): _____

Fecha (día/mes/año): ___/___/_____

Recibido por: Director/a de escuela o representante autorizado: _____

Firma del Director/a de la escuela o representante autorizado:

_____

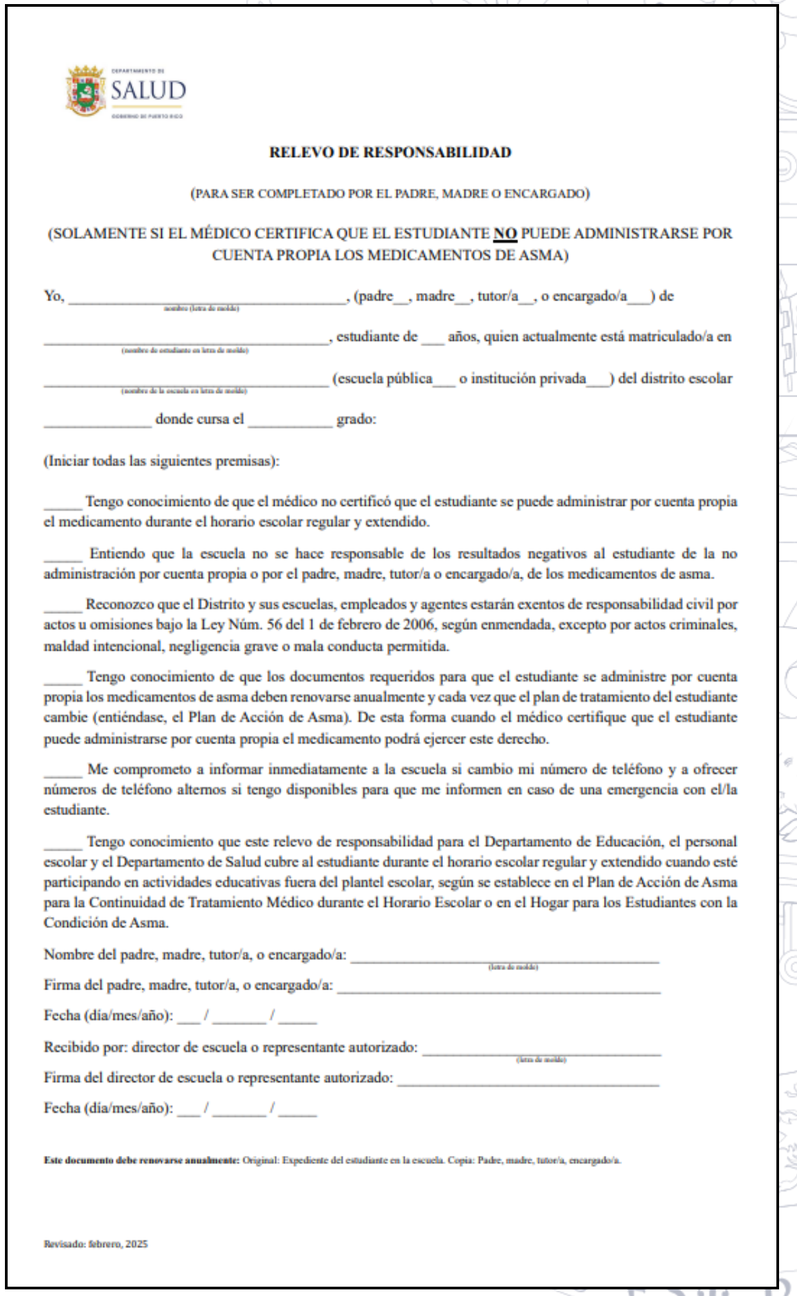
Fecha (día/mes/año): ___/___/_____

***Este documento debe renovarse anualmente.**
Original: Expediente del estudiante en la escuela. Copia: Padre, madre, tutor(a), o encargado(a).

Revisado: febrero, 2025

RELEVO DE RESPONSABILIDAD
DESCRIPCIÓN

- Padre, madre, tutor o encargado(a) lo completa si el médico certifica que el estudiante **no** puede autoadministrarse los medicamentos para el asma.



DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

(PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O ENCARGADO)

(SOLAMENTE SI EL MÉDICO CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE **NO** PUEDE ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA)

Yo, _____, (padre__, madre__, tutor/a__, o encargado/a___) de
(nombre (letra de molde))

_____, estudiante de ___ años, quien actualmente está matriculado/a en
(nombre de estudiante en letra de molde)

_____ (escuela pública___ o institución privada___) del distrito escolar
(nombre de la escuela en letra de molde)

_____ donde cursa el _____ grado:

(Iniciar todas las siguientes premisas):

_____ Tengo conocimiento de que el médico no certificó que el estudiante se puede administrar por cuenta propia el medicamento durante el horario escolar regular y extendido.

_____ Entiendo que la escuela no se hace responsable de los resultados negativos al estudiante de la no administración por cuenta propia o por el padre, madre, tutor/a o encargado/a, de los medicamentos de asma.

_____ Reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley Núm. 56 del 1 de febrero de 2006, según enmendada, excepto por actos criminales, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta permitida.

_____ Tengo conocimiento de que los documentos requeridos para que el estudiante se administre por cuenta propia los medicamentos de asma deben renovarse anualmente y cada vez que el plan de tratamiento del estudiante cambie (entiéndase, el Plan de Acción de Asma). De esta forma cuando el médico certifique que el estudiante puede administrarse por cuenta propia el medicamento podrá ejercer este derecho.

_____ Me comprometo a informar inmediatamente a la escuela si cambio mi número de teléfono y a ofrecer números de teléfono alternos si tengo disponibles para que me informen en caso de una emergencia con el/la estudiante.

_____ Tengo conocimiento que este relevo de responsabilidad para el Departamento de Educación, el personal escolar y el Departamento de Salud cubre al estudiante durante el horario escolar regular y extendido cuando esté participando en actividades educativas fuera del plantel escolar, según se establece en el Plan de Acción de Asma para la Continuidad de Tratamiento Médico durante el Horario Escolar o en el Hogar para los Estudiantes con la Condición de Asma.

Nombre del padre, madre, tutor/a, o encargado/a: _____
(letra de molde)

Firma del padre, madre, tutor/a, o encargado/a: _____

Fecha (día/mes/año): ___ / _____ / _____

Recibido por: director de escuela o representante autorizado: _____
(letra de molde)

Firma del director de escuela o representante autorizado: _____

Fecha (día/mes/año): ___ / _____ / _____

Este documento debe renovarse anualmente: Original: Expediente del estudiante en la escuela. Copia: Padre, madre, tutor/a, encargado/a.

Revisado: febrero, 2025

CERTIFICACIÓN DEL MAESTRO
DESCRIPCIÓN

- Curso: Control de Asma en las Escuelas
  - Asincrónico, a través de la plataforma REDcap.
  - Duración de certificado: 3 años.
  - Recomendado para el personal docente.

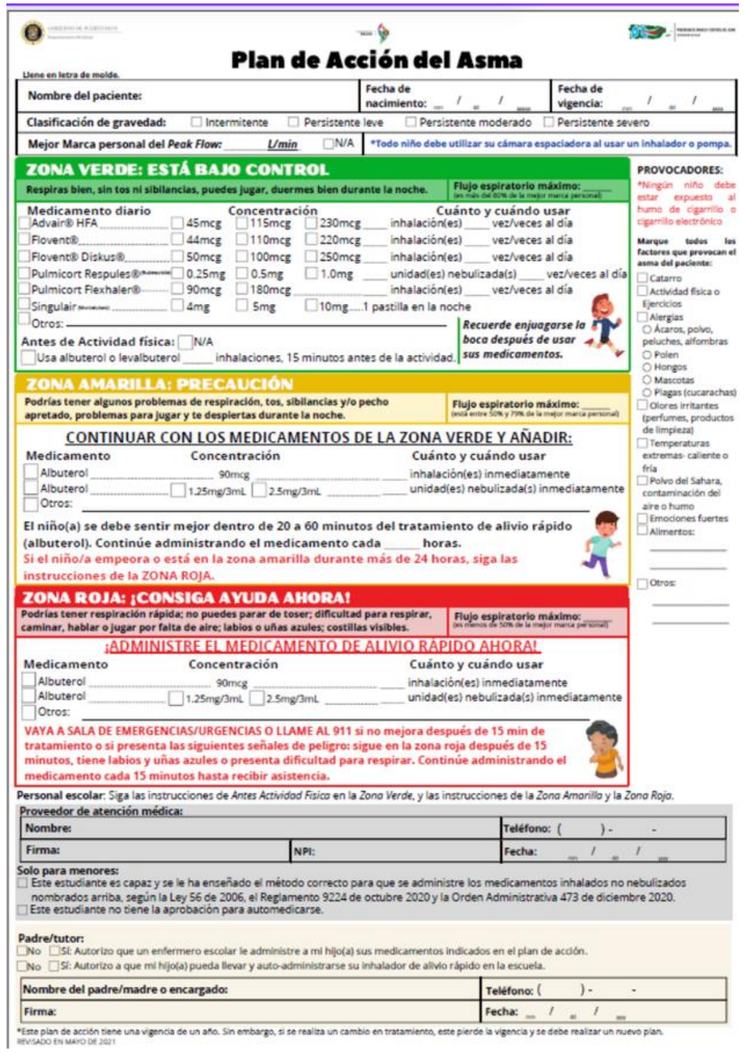


CAPACITACIÓN: REGISTRO ESCOLAR DE ASMA

PLAN DE ACCIÓN
DE ASMA

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

PLAN DE ACCIÓN DE ASMA:
VERSIÓN ANTERIOR VS. VERSIÓN ACTUAL



Plan de Acción del Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: ___/___/____ | Fecha de vigencia: ___/___/____

Clasificación de gravedad: ☐ Intermitente ☐ Persistente leve ☐ Persistente moderado ☐ Persistente severo

Mejor Marca personal del *Peak Flow*: _____ *L/min* ☐N/A | *Todo niño debe utilizar su cámara espaciadora al usar un inhalador o pompa.

ZONA VERDE: ESTÁ BAJO CONTROL

Respiras bien, sin tos ni sibilancias, puedes jugar, duermes bien durante la noche. | Flujo espiratorio máximo: _____ (es más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento diario	Concentración	Cuánto y cuándo usar
☐Advair® HFA	☐45mcg ☐115mcg ☐230mcg	___inhalación(es) ___vez/veces al día
☐Flovent®	☐44mcg ☐110mcg ☐220mcg	___inhalación(es) ___vez/veces al día
☐Flovent® Diskus®	☐50mcg ☐100mcg ☐250mcg	___inhalación(es) ___vez/veces al día
☐Pulmicort Respules® (Budesonide)	☐0.25mg ☐0.5mg ☐1.0mg	___unidad(es) nebulizada(s) ___vez/veces al día
☐Pulmicort Flexhaler®	☐90mcg ☐180mcg	___inhalación(es) ___vez/veces al día
☐Singulair (Montelukast)	☐4mg ☐5mg ☐10mg	___1 pastilla en la noche
☐Otros: _____		

Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.

Antes de Actividad física: ☐N/A
☐Usa albuterol o levalbuterol _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.

ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN

Podrías tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias y/o pecho apretado, problemas para jugar y te despiertas durante la noche. | Flujo espiratorio máximo: _____ (está entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
☐Albuterol	90mcg	___inhalación(es) inmediatamente
☐Albuterol	☐1.25mg/3mL ☐2.5mg/3mL	___unidad(es) nebulizada(s) inmediatamente
☐Otros:		

El niño(a) se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol). Continúe administrando el medicamento cada _____ horas.
Si el niño/a empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.

ZONA ROJA: ¡CONSIGA AYUDA AHORA!

Podrías tener respiración rápida; no puedes parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles. | Flujo espiratorio máximo: _____ (es menos de 50% de la mejor marca personal)

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
☐Albuterol	90mcg	___inhalación(es) inmediatamente
☐Albuterol	☐1.25mg/3mL ☐2.5mg/3mL	___unidad(es) nebulizada(s) inmediatamente
☐Otros:		

VAYA A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 911 si no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.

PROVOCADORES:
*Ningún niño debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico
Marque todos los factores que provocan el asma del paciente:
☐Catarro
☐Actividad física o Ejercicios
☐Alergias
○ Ácaros, polvo, peluches, alfombras
○ Polen
○ Hongos
○ Mascotas
○ Plagas (cucarachas)
☐Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
☐Temperaturas extremas- caliente o fría
☐Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
☐Emociones fuertes
☐Alimentos: _____
☐Otros: _____

Personal escolar: Siga las instrucciones de *Antes Actividad Física* en la *Zona Verde*, y las instrucciones de la *Zona Amarilla* y la *Zona Roja*.

Proveedor de atención médica:

Nombre: | Teléfono: ( ) - | Firma: | NPI: | Fecha: ___/___/____

Solo para menores:
☐ Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre 2020.
☐ Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

Padre/tutor:
☐No ☐Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el plan de acción.
☐No ☐Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre del padre/madre o encargado: | Teléfono: ( ) -
Firma: | Fecha: ___/___/____

*Este plan de acción tiene una vigencia de un año. Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.
REVISADO EN MAYO DE 2021

Plan de Acción de Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: | Válido hasta: (MM/DD/YYYY)

Clasificación de gravedad:
☐ Intermitente ☐ Persistente moderado
☐ Persistente leve ☐ Persistente severo

Necesita cámara espaciadora con el inhalador:
☐ Sí ☐ No

Desencadenates: Marque todos los factores que provocan el asma del paciente.
☐ Infecciones respiratorias
☐ Actividad física o ejercicio
☐ Alergias
  ◯ Ácaros, polvo, peluches, alfombras
  ◯ Polen
  ◯ Hongos
  ◯ Animales
  ◯ Plagas (ej. cucarachas y ratones)
☐ Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
☐ Temperaturas extremas - caliente o frío
☐ Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
☐ Emociones fuertes
☐ Alimentos: _____
☐ Otros: _____
*Ningún menor debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico.

Padre, madre o tutor:
☐No ☐Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el Plan de Acción del Asma.
☐No ☐Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre: _____
Firma: _____
Fecha: ___/___/____
Teléfono: ( ) -

*Este plan de acción tiene vigencia máxima de un año. Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.

ZONA VERDE

ESTÁ BAJO CONTROL: Respira bien, sin tos ni sibilancias (pitillo), puede jugar, duerme bien durante la noche.

Medicamento diario	Concentración	Cuánto y cuándo usar
☐Fluticasone Propionate HFA	☐44mc ☐110mc ☐220mcg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐Fluticasone Propionate Diskus	☐50mc ☐100mcg ☐250mcg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐Pulmicort Respules® (Budesonide)	☐0.25mg ☐0.5mg ☐1.0mg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐QVAR RediHaler®	☐40mcg ☐80mcg	___unidad(es) nebulizada(s) ___vez/veces al día
☐Advair HFA®	☐45/21mcg ☐115/21mcg ☐230/21mcg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐Wixella®	☐100/50mcg ☐250/50mcg ☐500/50mcg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐Symbicort®	☐80/4.5 mcg ☐160/4.5mcg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐Otros: _____		

Antes de Actividad Física o ejercicio:
☐ Albuterol o levalbuterol: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.
☐ Symbicort: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.

ZONA AMARILLA

PRECAUCIÓN: Podría tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias, y/o pecho apretado, problemas para jugar y despierta durante la noche.
CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento
☐ Albuterol 90mcg ___inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ___unidades nebulizadas
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ___unidades nebulizadas
☐ Symbicort® ☐80/4.5mcg ☐160/4.5mcg ___inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

Se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol).
Continúe administrando el medicamento cada ____horas.
Si el(la) menor empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.

ZONA ROJA

¡BUSCA AYUDA AHORA! Podría tener respiración rápida; no parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento
☐ Albuterol 90mcg ___inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ___unidades nebulizadas
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ___unidades nebulizadas
☐ Symbicort® ☐80/4.5mcg ☐160/4.5mcg ___inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

VE A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 9-1-1 si el menor no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.

**Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.*

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

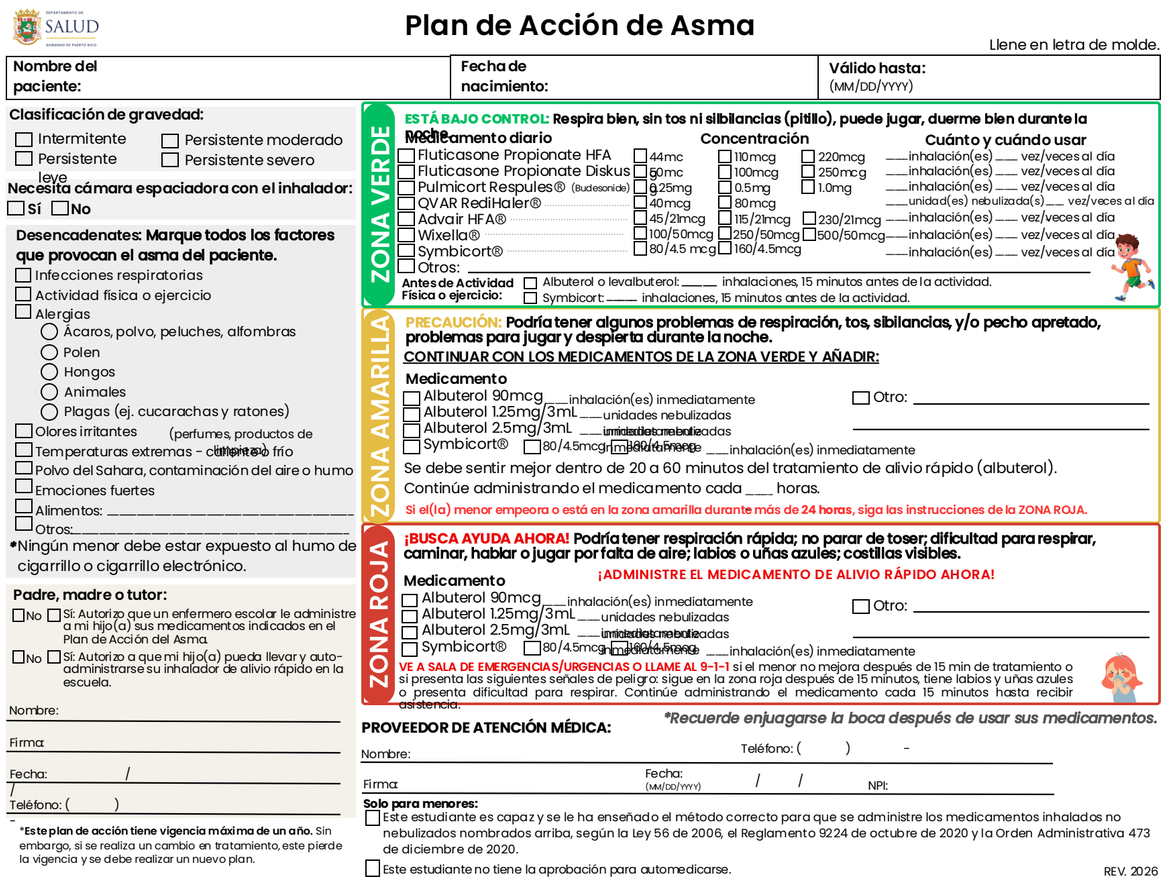
Nombre: | Teléfono: ( ) -
Firma: | Fecha: (MM/DD/YYYY) ___/___/____ | NPI:

Solo para menores:
☐ Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre de 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre de 2020.
☐ Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

REV. 2026

¿QUÉ DEBE INCLUIR EL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA?

- Severidad del asma.
- Síntomas
- Uso de cámara espaciadora con el inhalador.
- Nombre de los medicamentos que toma el menor para tratar el asma con nombres específicos de cada uno, concentración e indicaciones.



DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Plan de Acción de Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Válido hasta: (MM/DD/YYYY)

Clasificación de gravedad:

☐ Intermitente ☐ Persistente moderado
☐ Persistente leve ☐ Persistente severo

Necesita cámara espaciadora con el inhalador: ☐ Sí ☐ No

Desencadenantes: Marque todos los factores que provocan el asma del paciente.

☐ Infecciones respiratorias
☐ Actividad física o ejercicio
☐ Alergias
- ◯ Ácaros, polvo, peluches, alfombras
- ◯ Polen
- ◯ Hongos
- ◯ Animales
- ◯ Plagas (ej. cucarachas y ratones)

☐ Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
☐ Temperaturas extremas - calor/frío
☐ Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
☐ Emociones fuertes
☐ Alimentos: _____
☐ Otros: _____

*Ningún menor debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico.

Padre, madre o tutor:

☐ No ☐ Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el Plan de Acción del Asma.

☐ No ☐ Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Teléfono: (____) ____-____

***Este plan de acción tiene vigencia máxima de un año.** Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.

ZONA VERDE

ESTÁ BAJO CONTROL: Respira bien, sin tos ni sibilancias (pitillo), puede jugar, duerme bien durante la noche.

Medicamento diario	Concentración				Cuánto y cuándo usar
☐ Fluticasone Propionate HFA	☐ 44mc	☐ 110mcg	☐ 220mcg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Fluticasone Propionate Diskus	☐ 50mc	☐ 100mcg	☐ 250mcg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Pulmicort Respules® (Budesonide)	☐ 0.25mg	☐ 0.5mg	☐ 1.0mg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ QVAR RediHaler®	☐ 40mcg	☐ 80mcg			____unidad(es) nebulizada(s) ___ vez/veces al día
☐ Advair HFA®	☐ 45/21mcg	☐ 115/21mcg	☐ 230/21mcg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Wixella®	☐ 100/50mcg	☐ 250/50mcg	☐ 500/50mcg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Symbicort®	☐ 80/4.5 mcg	☐ 160/4.5mcg			____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Otros: _____					

Antes de Actividad Física o ejercicio:
☐ Albuterol o levalbuterol: ____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.
☐ Symbicort: ____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.

ZONA AMARILLA

PRECAUCIÓN: Podría tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias, y/o pecho apretado, problemas para jugar y despierta durante la noche.

CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento

☐ Albuterol 90mcg ___inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ___unidades nebulizadas
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ___unidades nebulizadas
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ___inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

Se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol).
Continúe administrando el medicamento cada ____ horas.

Si el(la) menor empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.

ZONA ROJA

¡BUSCA AYUDA AHORA! Podría tener respiración rápida; no parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento

☐ Albuterol 90mcg ___inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ___unidades nebulizadas
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ___unidades nebulizadas
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ___inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

VE A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 9-1-1 si el menor no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.

Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Nombre: _____ Teléfono: (____) ____-____

Firma: _____ Fecha: (MM/DD/YYYY) ____/____/____ NPI: _____

Solo para menores:

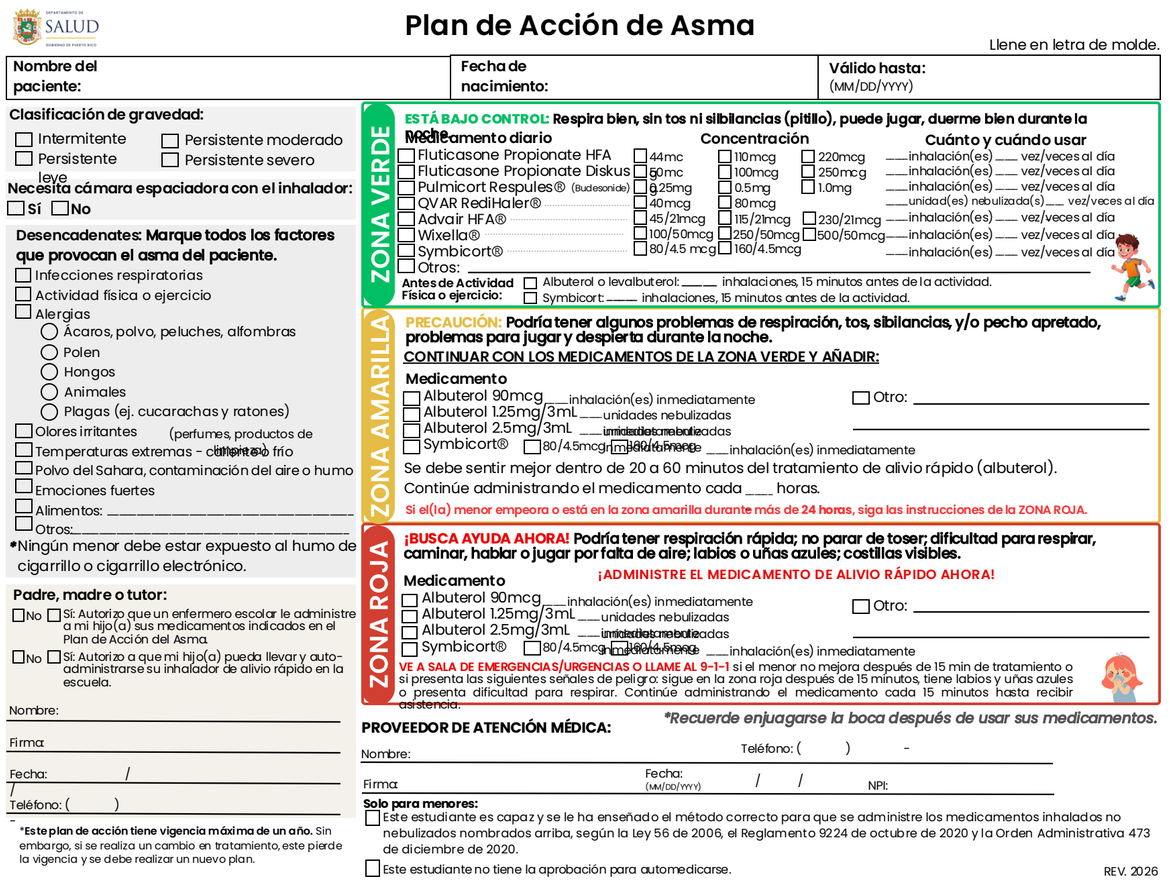
☐ Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre de 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre de 2020.

☐ Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

REV. 2026

¿QUÉ DEBE INCLUIR EL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA?

- Factores que empeoran el asma, "desencadenantes del asma".
- Números de teléfono de un contacto de emergencia, el proveedor de atención médica y el hospital local que visita la persona con asma.



SALUD

Plan de Acción de Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Válido hasta: (MM/DD/YYYY)

Clasificación de gravedad:
☐ Intermitente ☐ Persistente moderado
☐ Persistente leve ☐ Persistente severo

Necesita cámara espaciadora con el inhalador: ☐ Sí ☐ No

Desencadenantes: Marque todos los factores que provocan el asma del paciente.
☐ Infecciones respiratorias
☐ Actividad física o ejercicio
☐ Alergias
◯ Ácaros, polvo, peluches, alfombras
◯ Polen
◯ Hongos
◯ Animales
◯ Plagas (ej. cucarachas y ratones)
☐ Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
☐ Temperaturas extremas - clima caliente o frío
☐ Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
☐ Emociones fuertes
☐ Alimentos: _____
☐ Otros: _____

*Ningún menor debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico.

Padre, madre o tutor:
☐ No ☐ Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el Plan de Acción del Asma.
☐ No ☐ Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre: _____
Firma: _____
Fecha: ____/____/____
Teléfono: (____) ____-____

*Este plan de acción tiene vigencia máxima de un año. Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.

ZONA VERDE

ESTÁ BAJO CONTROL: Respira bien, sin tos ni sibilancias (pitillo), puede jugar, duerme bien durante la noche

Medicamento diario	Concentración			Cuánto y cuándo usar
☐ Fluticasone Propionate HFA	☐ 44mc	☐ 110mcg	☐ 220mcg	____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Fluticasone Propionate Diskus	☐ 50mc	☐ 100mcg	☐ 250mcg	____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Pulmicort Respules® (Budesonide)	☐ 0.25mg	☐ 0.5mg	☐ 1.0mg	____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ QVAR RediHaler®	☐ 40mcg	☐ 80mcg		____unidad(es) nebulizada(s) ____ vez/veces al día
☐ Advair HFA®	☐ 45/21mcg	☐ 115/21mcg	☐ 230/21mcg	____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Wixella®	☐ 100/50mcg	☐ 250/50mcg	☐ 500/50mcg	____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Symbicort®	☐ 80/4.5 mcg	☐ 160/4.5mcg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Otros: _____				

Antes de Actividad Física o ejercicio: ☐ Albuterol o levalbuterol: ____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad. ☐ Symbicort: ____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.

ZONA AMARILLA

PRECAUCIÓN: Podría tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias, y/o pecho apretado, problemas para jugar y despierta durante la noche.
CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento
☐ Albuterol 90mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ____unidades nebulizadas
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ____unidades nebulizadas
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

Se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol).
Continúe administrando el medicamento cada ____ horas.
Si el(la) menor empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.

ZONA ROJA

¡BUSCA AYUDA AHORA! Podría tener respiración rápida; no parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento
☐ Albuterol 90mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ____unidades nebulizadas
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ____unidades nebulizadas
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

VE A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 9-1-1 si el menor no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.

**Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.*

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:
Nombre: _____ Teléfono: (____) ____-____
Firma: _____ Fecha: (MM/DD/YYYY) ____/____/____ NPI: _____

Solo para menores:
☐ Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre de 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre de 2020.
☐ Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

REV. 2026

PLAN DE ACCIÓN DE ASMA:
ZONA VERDE

En esta zona, no hay síntomas de asma presentes y la persona se siente bien. Es importante que este continúe tomando sus medicamentos de control a largo plazo, incluso si se siente bien.

ZONA VERDE

ESTÁ BAJO CONTROL: **Respira bien, sin tos ni silbilancias (pitillo), puede jugar, duerme bien durante la noche.**

Medicamento diario	Concentración				Cuánto y cuándo usar
☐ Fluticasone Propionate HFA	☐ 44mc	☐ 110mcg	☐ 220mcg		___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Fluticasone Propionate Diskus	☐ 50mcg	☐ 100mcg	☐ 250mcg		___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Pulmicort Respules® (Budesonide)	☐ 0.25mg	☐ 0.5mg	☐ 1.0mg		___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ QVAR RediHaler®	☐ 40mcg	☐ 80mcg			___unidad(es) nebulizada(s)___ vez/veces al día
☐ Advair HFA®	☐ 45/21mcg	☐ 115/21mcg	☐ 230/21mcg		___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Wixella®	☐ 100/50mcg	☐ 250/50mcg	☐ 500/50mcg		___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Symbicort®	☐ 80/4.5 mcg	☐ 160/4.5mcg			___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Otros: _____					

Antes de Actividad Física o ejercicio:

☐ Albuterol o levalbuterol: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.

☐ Symbicort: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.



PLAN DE ACCIÓN DE ASMA:
ZONA AMARILLA

Significa que la persona está comenzado a experimentar síntomas de asma. En esta zona, se debe reducir el ritmo y seguir los pasos indicados en el plan de acción, incluyendo el uso del medicamento de alivio rápido, para evitar que el asma empeore.

ZONA AMARILLA

PRECAUCIÓN: Podría tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias, y/o pecho apretado, problemas para jugar y despierta durante la noche.

CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento

☐ Albuterol 90mcg ___ inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ___ unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ___ unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ___ inhalación(es) inmediatamente

☐ Otro: _____

_____

Se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol).
Continúe administrando el medicamento cada ____ horas.

Si el(la) menor empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.



PLAN DE ACCIÓN DE ASMA:
ZONA ROJA

En esta zona, la persona está experimentando síntomas de asma severos o un ataque de asma. Se deben seguir los pasos del plan de acción para el asma y obtener tratamiento médico inmediato si los síntomas no mejoran.

ZONA ROJA

¡BUSCA AYUDA AHORA! **Podría tener respiración rápida; no parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.**

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento

- ☐ Albuterol 90mcg ___inhalación(es) inmediatamente
- ☐ Albuterol 1.25mg/3mL ___unidades nebulizadas inmediatamente
- ☐ Albuterol 2.5mg/3mL ___unidades nebulizadas inmediatamente
- ☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ___inhalación(es) inmediatamente
- ☐ Otro: _____

_____

VE A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 9-1-1 si el menor no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.



Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.

PLAN DE ACCIÓN DE ASMA: PROVOCADORES

Desencadenates: Marque todos los factores que provocan el asma del paciente:

- ☐ Infecciones respiratorias
- ☐ Actividad física o ejercicio
- ☐ Alergias
  - ◯ Ácaros, polvo, peluches, alfombras
  - ◯ Polen
  - ◯ Hongos
  - ◯ Mascotas
  - ◯ Plagas (ej. cucarachas y ratones)
- ☐ Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
- ☐ Temperaturas extremas - caliente o frío
- ☐ Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
- ☐ Emociones fuertes
- ☐ Alimentos: _____
- ☐ Otros: _____

*Ningún menor debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico.



DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Plan de Acción de Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Válido hasta: (MM/DD/YYYY)

Clasificación de gravedad:

☐ Intermitente ☐ Persistente moderado
☐ Persistente leve ☐ Persistente severo

Necesita cámara espaciadora con el inhalador: ☐ Sí ☐ No

Desencadenates: Marque todos los factores que provocan el asma del paciente.

- ☐ Infecciones respiratorias
- ☐ Actividad física o ejercicio
- ☐ Alergias
  - ◯ Ácaros, polvo, peluches, alfombras
  - ◯ Polen
  - ◯ Hongos
  - ◯ Animales
  - ◯ Plagas (ej. cucarachas y ratones)
- ☐ Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
- ☐ Temperaturas extremas - caliente o frío
- ☐ Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
- ☐ Emociones fuertes
- ☐ Alimentos: _____
- ☐ Otros: _____

*Ningún menor debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico.

Padre, madre o tutor:

☐ No ☐ Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el Plan de Acción del Asma.

☐ No ☐ Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ___/___/___

Teléfono: (___) ___-____

***Este plan de acción tiene vigencia máxima de un año.** Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.

ZONA VERDE

ESTÁ BAJO CONTROL: Respira bien, sin tos ni silbilancias (pitillo), puede jugar, duerme bien durante la noche.

Medicamento diario		Concentración		Cuánto y cuándo usar
☐ Fluticasone Propionate HFA	☐ 44mcg	☐ 110mcg	☐ 220mcg	____inhalación(es) ____vez/veces al día
☐ Fluticasone Propionate Diskus	☐ 50mcg	☐ 100mcg	☐ 250mcg	____inhalación(es) ____vez/veces al día
☐ Pulmicort Respules® (Budesonide)	☐ 0.25mg	☐ 0.5mg	☐ 1.0mg	____inhalación(es) ____vez/veces al día
☐ QVAR RediHaler®	☐ 40mcg	☐ 80mcg		____unidad(es) nebulizada(s)___ vez/veces al día
☐ Advair HFA®	☐ 45/21mcg	☐ 115/21mcg	☐ 230/21mcg	____inhalación(es) ____vez/veces al día
☐ Wixella®	☐ 100/50mcg	☐ 250/50mcg	☐ 500/50mcg	____inhalación(es) ____vez/veces al día
☐ Symbicort®	☐ 80/4.5 mcg	☐ 160/4.5mcg		____inhalación(es) ____vez/veces al día
☐ Otros: _____				

Antes de Actividad Física o ejercicio: ☐ Albuterol o levalbuterol: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.
☐ Symbicort: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.



ZONA AMARILLA

PRECAUCIÓN: Podría tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias, y/o pecho apretado, problemas para jugar y despierta durante la noche.

CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento

☐ Albuterol 90mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ____unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ____unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

Se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol).
Continúe administrando el medicamento cada ____ horas.

Si el(la) menor empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.

ZONA ROJA

¡BUSCA AYUDA AHORA! Podría tener respiración rápida; no parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento

☐ Albuterol 90mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ____unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ____unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

VE A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 9-1-1 si el menor no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.



Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Nombre: _____ Teléfono: (___) ___-____

Firma: _____ Fecha: (MM/DD/YYYY) ___/___/___ NPI: _____

Solo para menores:

☐ Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre de 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre de 2020.

☐ Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

REV. 2026

PLAN DE ACCIÓN DE ASMA: INFORMACIÓN DE CONTACTO

Padre, madre o tutor:

☐No ☐Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el Plan de Acción del Asma.

☐No ☐Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Teléfono: (____) ____ - ____

*__Este plan de acción tiene vigencia máxima de un año.__ Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Nombre: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ NPI: _____

Solo para menores:

☐ Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre de 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre de 2020.

☐ Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

REV. 2026

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Plan de Acción de Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Válido hasta: (MM/DD/YYYY)

Clasificación de gravedad:

☐ Intermitente ☐ Persistente
☐ Persistente leve ☐ moderado
Persistente severo

Necesita cámara espaciadora con el inhalador:
☐ Sí ☐ No

Desencadenantes: Marque todos los factores que provocan el asma del paciente.

☐ Infecciones respiratorias
☐ Actividad física o ejercicio
☐ Alergias
- ◯ Ácaros, polvo, peluches, alfombras
- ◯ Polen
- ◯ Hongos
- ◯ Animales
- ◯ Plagas (ej. cucarachas y ratones)

☐ Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
☐ Temperaturas extremas - caliente o frío
☐ Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
☐ Emociones fuertes
☐ Alimentos: _____
☐ Otros: _____

*Ningún menor debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico.

Padre, madre o tutor:

☐No ☐ Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el Plan de Acción del Asma.

☐No ☐ Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Teléfono: (____) ____ - ____

*__Este plan de acción tiene vigencia máxima de un año.__ Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.

ZONA VERDE

ESTÁ BAJO CONTROL: Respira bien, sin tos ni sibilancias (pitido), puede jugar, duerme bien durante la noche.

Medicamento diario	Concentración			Cuánto y cuándo usar
☐ Fluticasone Propionate HFA	☐ 44mc	☐ 110mc	☐ 220mcg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Fluticasone Propionate	☐ 50mc	☐ 100mcg	☐ 250mcg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Diskus (budesonide)	☐ 0.25mg	☐ 0.5mg	☐ 1.0mg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Pulmicort Respules®	☐ 40mcg	☐ 80mcg		___unidad(es) nebulizada(s)___ vez/veces al día
☐ QVAR RediHaler®	☐ 45/21mcg	☐ 115/21mcg	☐ 230/21mcg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Advair HFA®	☐ 100/50mcg	☐ 250/50mcg	☐ 500/50mcg	___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Wixella®	☐ 80/4.5 mcg	☐ 160/4.5mcg		___inhalación(es) ___ vez/veces al día
☐ Symbicort®				
☐ Otros: _____				

Antes de Actividad Física o ejercicio:
☐ Albuterol o levalbuterol: ____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.
☐ Symbicort: ____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.



ZONA AMARILLA

PRECAUCIÓN: Podría tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias, y/o pecho apretado, problemas para jugar y despierta durante la noche.

CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento

☐ Albuterol 90mcg ___ inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ___ unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ___ unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ___ inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

Se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol).
Continúe administrando el medicamento cada ____ horas.

Si el(la) menor empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.

ZONA ROJA

¡BUSCA AYUDA AHORA! Podría tener respiración rápida; no parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento

☐ Albuterol 90mcg ___ inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ___ unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ___ unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ___ inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

VE A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 9-1-1 si el menor no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.



Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Nombre: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Firma: _____ Fecha: (MM/DD/YYYY) ____ / ____ / ____ NPI: _____

Solo para menores:

☐ Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre de 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre de 2020.

☐ Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

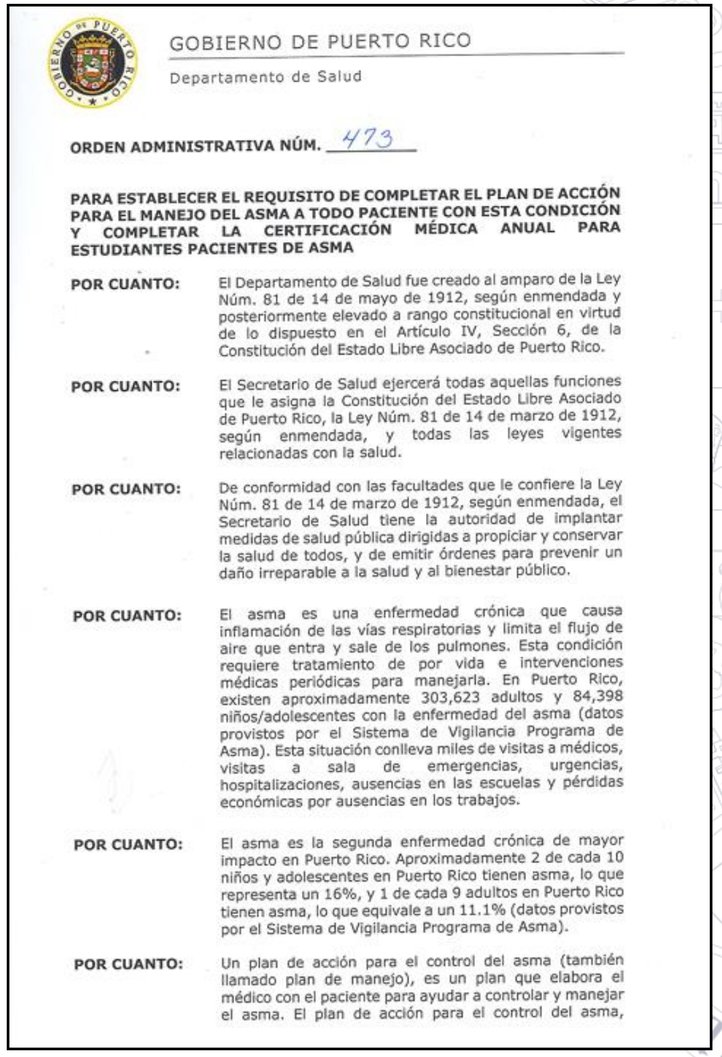
REV. 2026

ORDEN ADMINISTRATIVA 473
DESCRIPCIÓN

- Todo médico o especialista (pediatra, médico primario, médico de familia, neumólogo) deberá completar el plan de acción para el control de asma como parte del tratamiento de los pacientes con esta condición.

- Este plan deberá ser revisado y modificado cuando el tratamiento del paciente así lo requiera.

- No deberá implicar un costo adicional para la persona que lo solicita, ya que se considera parte del tratamiento del paciente.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 473

PARA ESTABLECER EL REQUISITO DE COMPLETAR EL PLAN DE ACCIÓN PARA EL MANEJO DEL ASMA A TODO PACIENTE CON ESTA CONDICIÓN Y COMPLETAR LA CERTIFICACIÓN MÉDICA ANUAL PARA ESTUDIANTES PACIENTES DE ASMA

POR CUANTO: El Departamento de Salud fue creado al amparo de la Ley Núm. 81 de 14 de mayo de 1912, según enmendada y posteriormente elevado a rango constitucional en virtud de lo dispuesto en el Artículo IV, Sección 6, de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

POR CUANTO: El Secretario de Salud ejercerá todas aquellas funciones que le asigna la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, y todas las leyes vigentes relacionadas con la salud.

POR CUANTO: De conformidad con las facultades que le confiere la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, el Secretario de Salud tiene la autoridad de implantar medidas de salud pública dirigidas a propiciar y conservar la salud de todos, y de emitir órdenes para prevenir un daño irreparable a la salud y al bienestar público.

POR CUANTO: El asma es una enfermedad crónica que causa inflamación de las vías respiratorias y limita el flujo de aire que entra y sale de los pulmones. Esta condición requiere tratamiento de por vida e intervenciones médicas periódicas para manejarla. En Puerto Rico, existen aproximadamente 303,623 adultos y 84,398 niños/adolescentes con la enfermedad del asma (datos provistos por el Sistema de Vigilancia Programa de Asma). Esta situación conlleva miles de visitas a médicos, visitas a sala de emergencias, urgencias, hospitalizaciones, ausencias en las escuelas y pérdidas económicas por ausencias en los trabajos.

POR CUANTO: El asma es la segunda enfermedad crónica de mayor impacto en Puerto Rico. Aproximadamente 2 de cada 10 niños y adolescentes en Puerto Rico tienen asma, lo que representa un 16%, y 1 de cada 9 adultos en Puerto Rico tienen asma, lo que equivale a un 11.1% (datos provistos por el Sistema de Vigilancia Programa de Asma).

POR CUANTO: Un plan de acción para el control del asma (también llamado plan de manejo), es un plan que elabora el médico con el paciente para ayudar a controlar y manejar el asma. El plan de acción para el control del asma,

CAPACITACIÓN: REGISTRO ESCOLAR DE ASMA

REGISTRO ESCOLAR
DE ASMA

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

REGISTRO ESCOLAR DE ASMA

DEFINICIÓN

- Registro digital que recopila información acerca de la cantidad de estudiantes con asma en las escuelas públicas y privadas de Puerto Rico y la entrega de los planes de acción de asma de cada estudiante diagnosticado con esta enfermedad.

REGISTRO ESCOLAR DE ASMA

MISIÓN

- Tener un registro en el que podamos asegurar que los pacientes pediátricos con asma están recibiendo su plan de acción del asma en Puerto Rico como parte esencial de su tratamiento y que este documento esté siendo entregado a la escuela para su utilización.

VISIÓN

- Lograr que los niños y niñas con asma en Puerto Rico tengan un plan de tratamiento completo para su condición y que puedan manejar y controlar su asma para tener una mejor calidad de vida.

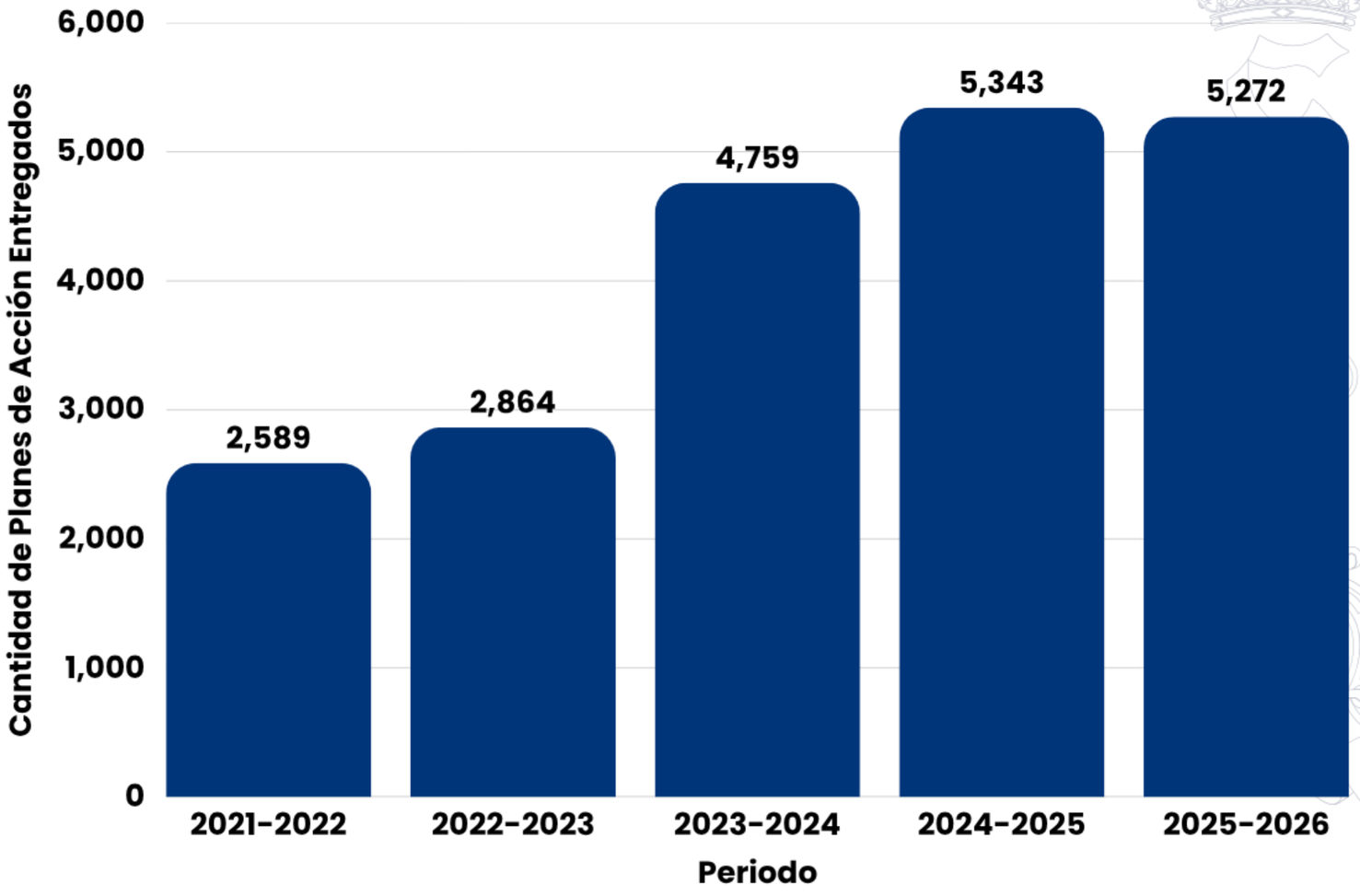


COMPONENTES DEL REGISTRO ESCOLAR DE ASMA

- Matrícula escolar
- Estudiantes con asma
- Características sociodemográficas
- Plan de acción de asma
- Severidad del asma
- Medicamentos
- Capacidad del estudiante para autoadministrarse los medicamentos.
- Desencadenantes de asma



PLANES DE ACCIÓN SOMETIDOS 2021-2026



DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

ESCUELAS CON MÁS ESTUDIANTES CON ASMA (2025-2026)

1	Esc. Jaime A. Collazo del Río, Morovis	155 estudiantes
2	Esc. Petra Corretjer O'neill, Manatí	149 estudiantes
3	Esc. Anibal Reyes Belén, Hatillo	142 estudiantes
4	Esc. Carmen D. Ortíz Ortíz, Aguas Buenas	140 estudiantes
5	Esc. Juan A. Corretjer, Ciales	123 estudiantes



CAPACITACIÓN: REGISTRO ESCOLAR DE ASMA

PROTOCOLO PARA
COMPLETAR EL REGISTRO

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

PROCESO
PARA REALIZAR EL REGISTRO

Fecha límite: 30 de marzo de 2027

El informe corresponde a los estudiantes matriculados en el primer semestre escolar.

1. Identificar a los estudiantes con un diagnóstico de asma.
2. Separar la información de los expedientes de estos estudiantes por grado.
3. Entregar el plan de acción a los estudiantes con asma.
4. Completar el Registro Escolar de Asma con la información de cada estudiante asmático.



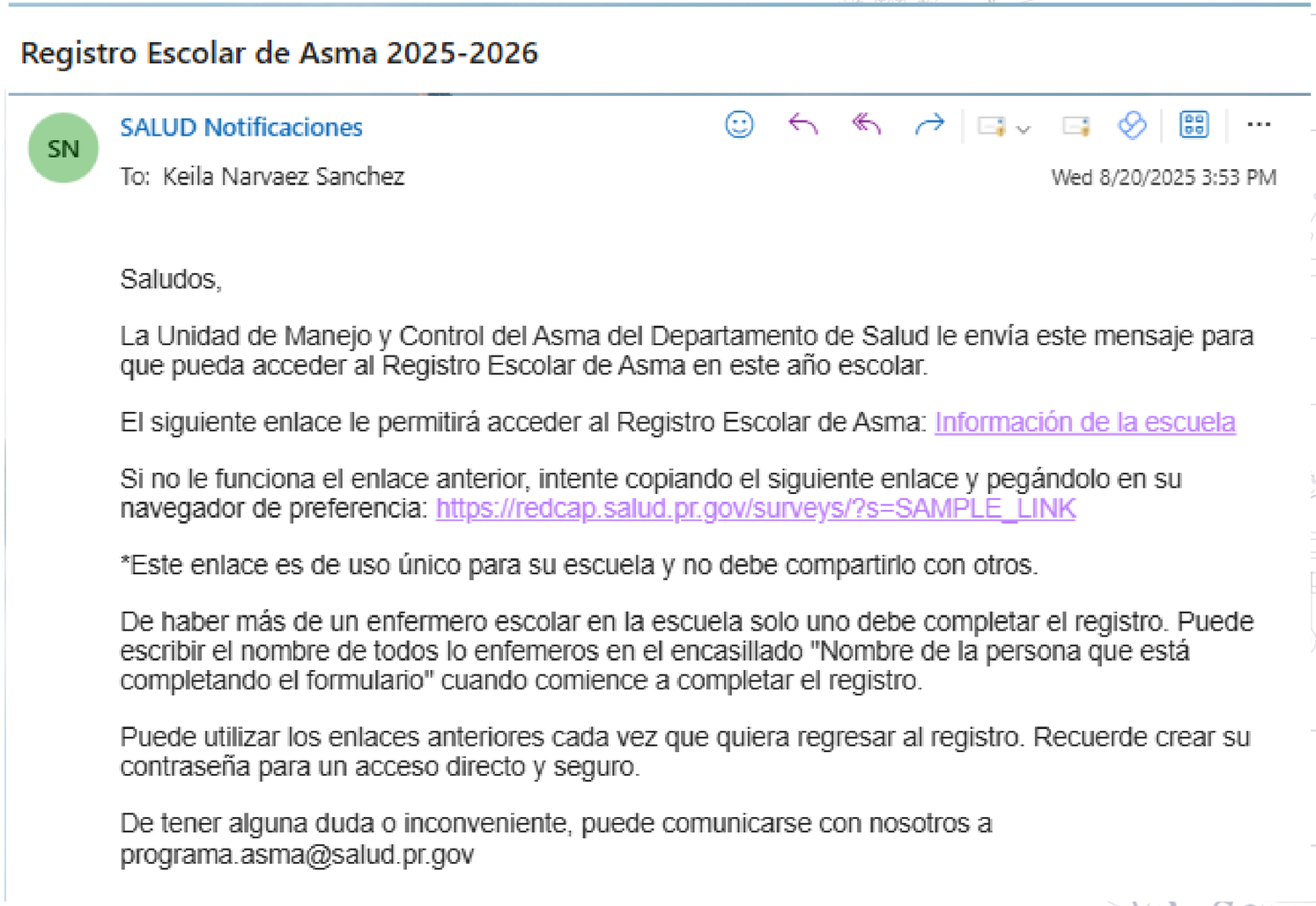
ACCESO AL REGISTRO ESCOLAR DE ASMA

- Enviaremos un enlace único para usted mediante correo electrónico titulado: **"Registro Escolar de Asma 2026-2027".**
  - Se completa un (1) registro por escuela.
  - De haber más de un enfermero escolar o encargado, solo uno debe completar el registro. Puede escribir el nombre de los demás en el encasillado: "Nombre de la persona que está completando el formulario (su nombre)".



ACCESO AL REGISTRO ESCOLAR DE ASMA

- La fecha estimada para enviar el enlace único a su correo electrónico será en o antes del **28 de agosto de 2026**.



Registro Escolar de Asma 2025-2026

SN

SALUD Notificaciones

To: Keila Narvaez Sanchez

Wed 8/20/2025 3:53 PM

Saludos,

La Unidad de Manejo y Control del Asma del Departamento de Salud le envía este mensaje para que pueda acceder al Registro Escolar de Asma en este año escolar.

El siguiente enlace le permitirá acceder al Registro Escolar de Asma: Información de la escuela

Si no le funciona el enlace anterior, intente copiando el siguiente enlace y pegándolo en su navegador de preferencia: https://redcap.salud.pr.gov/surveys/?s=SAMPLE_LINK

*Este enlace es de uso único para su escuela y no debe compartirlo con otros.

De haber más de un enfermero escolar en la escuela solo uno debe completar el registro. Puede escribir el nombre de todos lo enfemeros en el encasillado "Nombre de la persona que está completando el formulario" cuando comience a completar el registro.

Puede utilizar los enlaces anteriores cada vez que quiera regresar al registro. Recuerde crear su contraseña para un acceso directo y seguro.

De tener alguna duda o inconveniente, puede comunicarse con nosotros a programa.asma@salud.pr.gov

PROCESO PARA CREAR SU CUENTA

- El enlace del registro que fue compartido a su correo electrónico lo enviará a esta pantalla. Complete la información para crear su cuenta.



Usuario

Nombre de la persona que está completando el formulario (su nombre):

De haber más de un enfermero escolar solo uno debe completar el registro. Puede escribir el nombre de todos lo enfemeros en este encasillado.

Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno

Email/Correo electrónico de la persona que está completando el formulario (su email):

Utilice su dirección de correo electrónico institucional, pues el mensaje de confirmación será enviado a la dirección de correo eletrónico que usted provea.

Contraseña o *Password*:
(Servirá para regresar al registro y no perder los datos.)

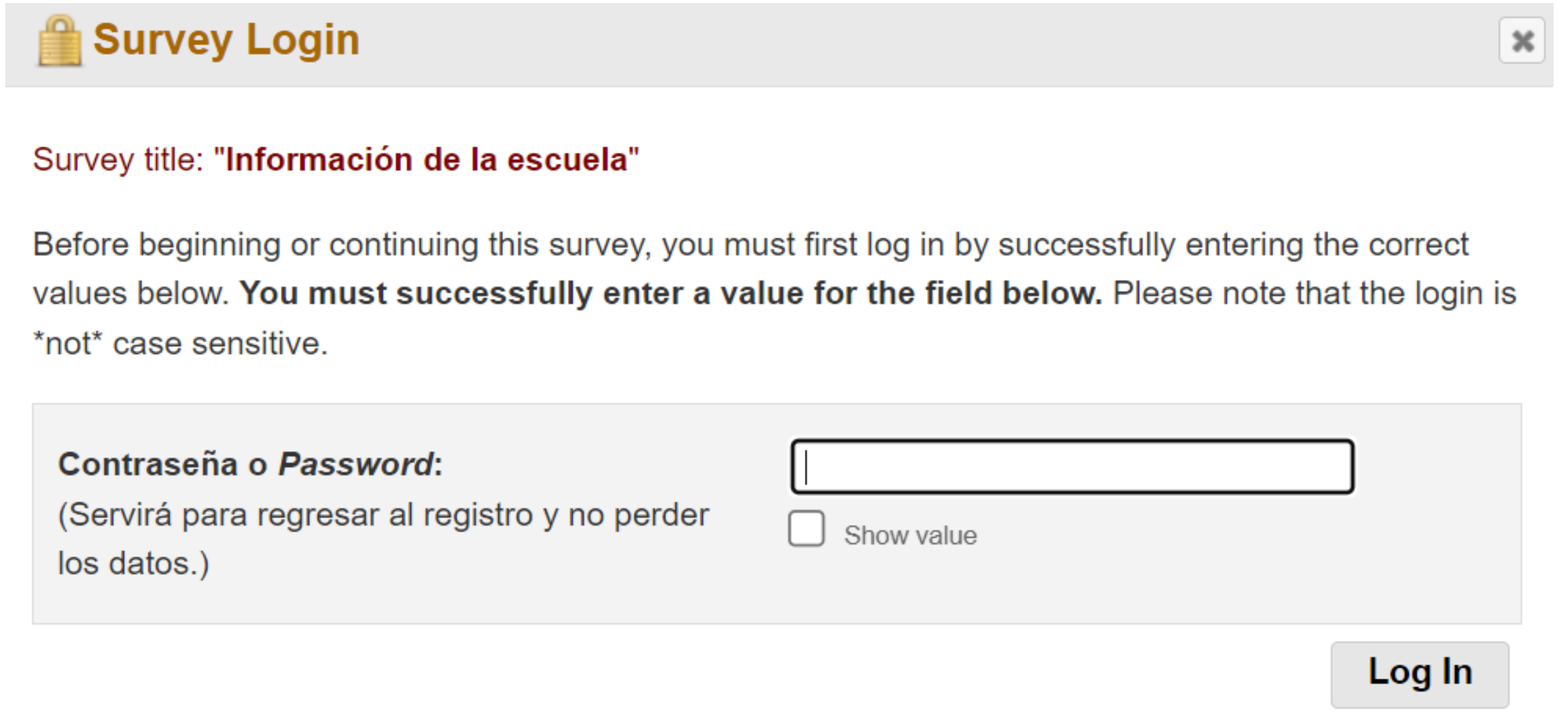
Disclaimer

Next Page >>

Save & Return Later

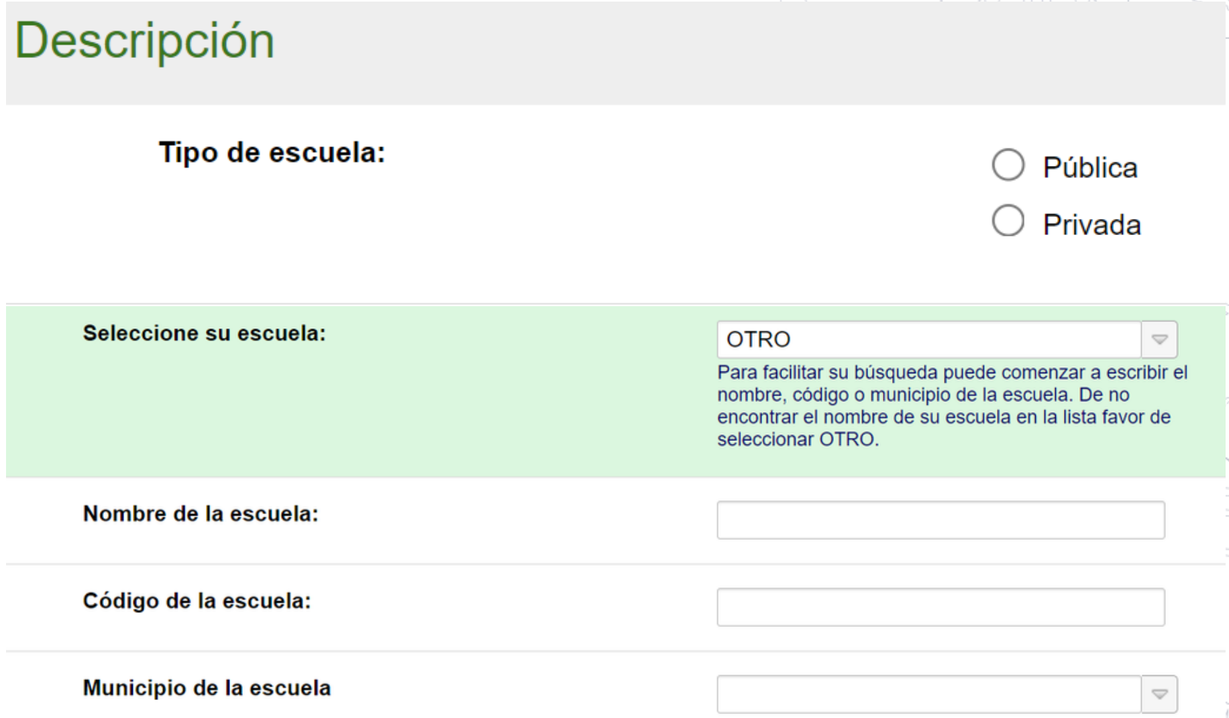
PROCESO PARA INGRESAR A SU CUENTA

- Una vez creada su cuenta, el sistema solicitará su contraseña cada vez que desee volver al registro utilizando su enlace y será dirigido a la página principal. Favor de guardar esta contraseña, la necesitará luego.



DATOS REQUERIDOS:
INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

- Tipo de escuela: Pública o Privada
- Una vez seleccionada el tipo de escuela, el sistema le solicitará que seleccione su escuela.
- De no encontrar el nombre de su escuela en la lista, favor de seleccionar "OTRO" y escriba en el espacio provisto el nombre, código y municipio de la escuela.



DATOS REQUERIDOS:
INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

- Una vez seleccionado el nombre de la escuela, complete la siguiente información en los espacios provistos:
  - Número de teléfono de la escuela
  - Número de extensión (si aplica)
  - Número de teléfono celular

Número de teléfono de la escuela:	
Número de extensión (si aplica):	
Número de teléfono celular:	



MATRÍCULA: TOTAL DE ESTUDIANTES MATRICULADOS EN SU ESCUELA POR GRADO

- En esta sección, se agregan todos los estudiantes matriculados en la escuela, tengan o no tengan un diagnóstico de asma.
- Para cada grado, escriba el número total de estudiantes matriculados. De no haber estudiantes de cierto grado en su escuela, escriba "0".
- Si su escuela no se rige por los grados tradicionales, escriba "0" en cada grado y escriba el número total de la matrícula en el encasillado que dice "Sin grado".
- De acuerdo con la cantidad que usted provea por grado, el sistema calculará el total de estudiantes matriculados en su escuela. Si este número no es correcto, verifique la cantidad que escribió en cada grado y corrija los datos, según sea necesario.



MATRÍCULA: TOTAL DE ESTUDIANTES MATRICULADOS EN SU ESCUELA POR GRADO

MATRÍCULA

Total de estudiantes matriculados en su escuela por grado

Favor de entrar su respuesta con números solamente.

Si su escuela no se rige por los grados tradicionales, escriba 0 (cero) en cada grado y escriba el número de matrícula en el encasillado que dice "Sin grado".

Preescolar

De no haber estudiantes de este grado en su escuela, escriba 0.

Kindergarden

De no haber estudiantes de este grado en su escuela, escriba 0.

1. Primer grado:

De no haber estudiantes de este grado en su escuela, escriba 0.

---

12. Duodécimo grado (Cuarto año)

De no haber estudiantes de este grado en su escuela, escriba 0.

Sin grado

Si su escuela no se rige por ninguno de los grados anteriores, escriba 0 (cero) en cada grado y escriba el número de matrícula en este encasillado.

Total de estudiantes matriculados en su escuela:

De acuerdo con los números que usted escribió por grado, el total de estudiantes en su escuela es:

Si este número no concuerda con el número total de estudiantes en su escuela, verifique nuevamente los números que ingresó para cada grado.

MATRÍCULA: TOTAL DE ESTUDIANTES CON ASMA POR GRADO

- Una vez indicada la matrícula total, le aparecerán los grados en los cuales hay estudiantes matriculados para que pueda incluir los estudiantes con asma por grado.
- Para cada grado, escriba el número total de estudiantes con asma. De no haber estudiantes en cierto grado con la enfermedad en su escuela, escriba "0".
- De acuerdo con la cantidad que usted provea por grado, el sistema calculará el total de estudiantes con asma en su escuela. Si este número no es correcto, verifique la cantidad que escribió en cada grado y corrija, según sea necesario.



TOTAL DE ESTUDIANTES CON ASMA POR GRADO

Total de estudiantes con ASMA por grado

Favor de entrar su respuesta con números solamente.

Preescolar

De no haber estudiantes de este grado con asma en su escuela, escriba 0.

Kindergarden

De no haber estudiantes de este grado con asma en su escuela, escriba 0.

Total de estudiantes con ASMA en su escuela:

De acuerdo con los números que usted escribió por grado, el total de estudiantes con asma en su escuela es:

Si este número no concuerda con el número total de estudiantes en su escuela, verifique nuevamente los números que ingresó para cada grado.

El total de estudiantes matriculados en su escuela por grado NO debe ser el mismo que el total de estudiantes con asma en su escuela por grado.

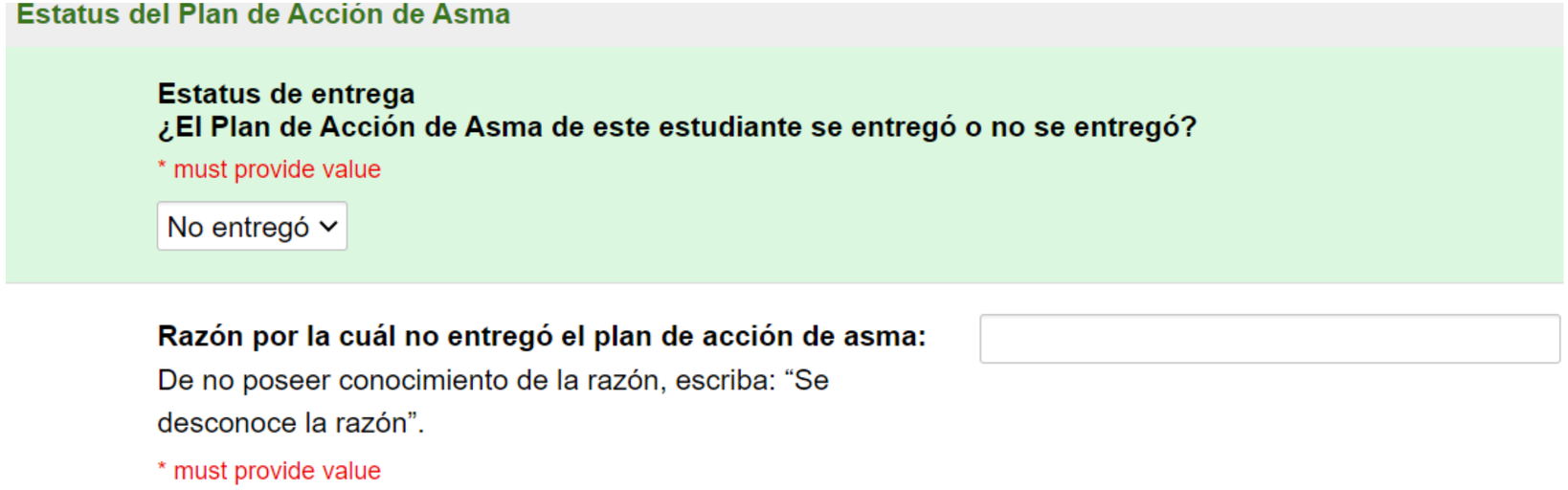
INFORMACIÓN
DE CADA ESTUDIANTE CON ASMA

- Nombre del estudiante
- Apellidos del estudiante
- Sexo del estudiante
- Edad del estudiante (en años)
- Grado que cursa el estudiante
- Municipio de residencia del estudiante



ESTATUS DE ENTREGA DEL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA: NO ENTREGÓ

- ¿El Plan de Acción de Asma de este estudiante se entregó o no se entregó?
- Razón por la cual no entregó el plan de acción de asma:
  - De no poseer conocimiento de la razón, escriba: "Se desconoce la razón".



ESTATUS DE ENTREGA DEL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA: SÍ ENTREGÓ

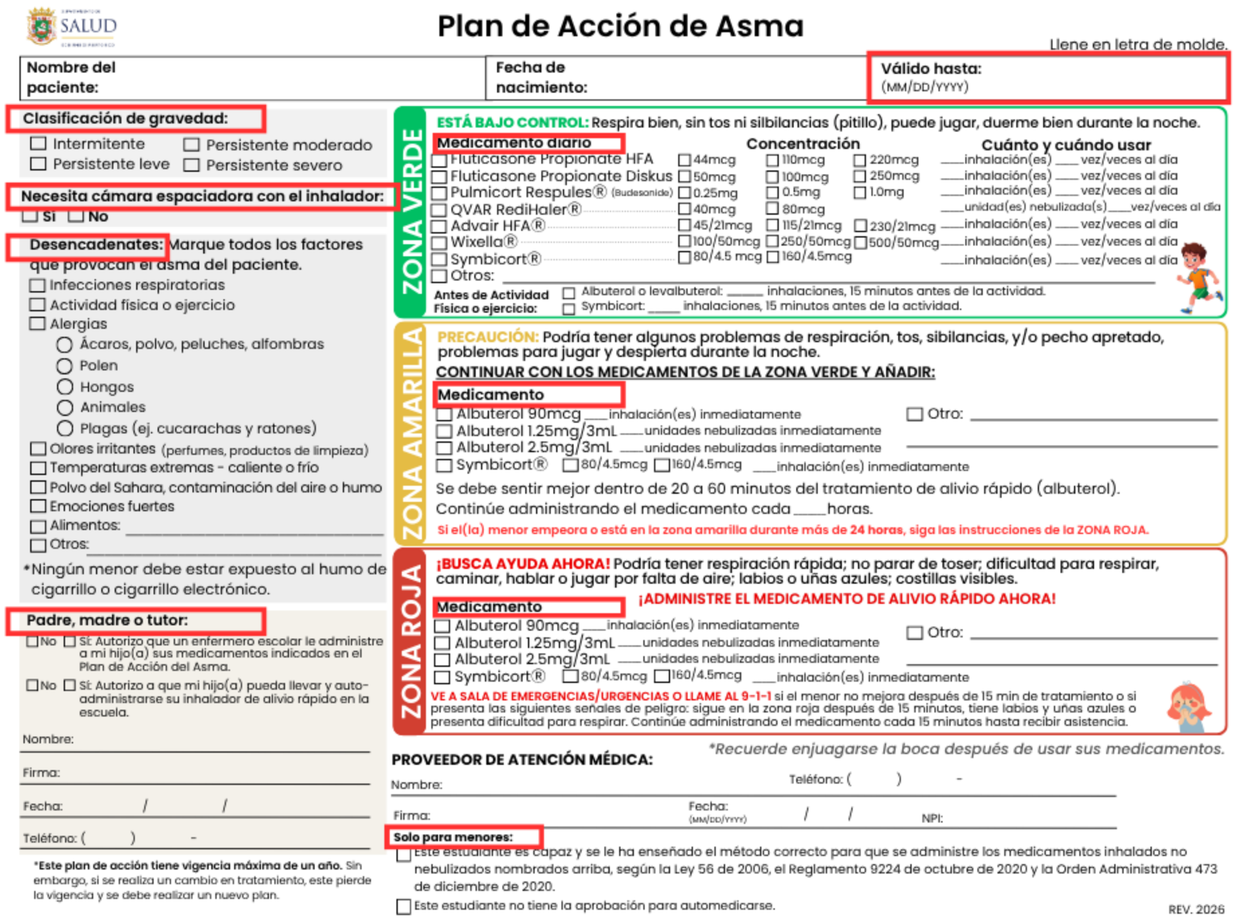
- Ingrese la información del Plan de acción del Asma del estudiante.

Clasificación de gravedad 2

Cámara espaciadora 3

Provocadores del asma 7

Información del cuidador 9



SALUD

Plan de Acción de Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Válido hasta: (MM/DD/YYYY)

Clasificación de gravedad:
☐ Intermitente ☐ Persistente moderado
☐ Persistente leve ☐ Persistente severo

Necesita cámara espaciadora con el inhalador:
☐ Sí ☐ No

Desencadenates: Marque todos los factores que provocan el asma del paciente.
☐ Infecciones respiratorias
☐ Actividad física o ejercicio
☐ Alergias
  ◯ Ácaros, polvo, peluches, alfombras
  ◯ Polen
  ◯ Hongos
  ◯ Animales
  ◯ Plagas (ej. cucarachas y ratones)
☐ Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
☐ Temperaturas extremas - caliente o frío
☐ Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
☐ Emociones fuertes
☐ Alimentos: _____
☐ Otros: _____

*Ningún menor debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico.

Padre, madre o tutor:
☐ No ☐ Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el Plan de Acción del Asma.
☐ No ☐ Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre: _____
Firma: _____
Fecha: ___ / ___ / ___
Teléfono: ( ) -

*Este plan de acción tiene vigencia máxima de un año. Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.

ZONA VERDE

ESTÁ BAJO CONTROL: Respira bien, sin tos ni silbilancias (pitillo), puede jugar, duerme bien durante la noche.

Medicamento diario	Concentración			Cuánto y cuándo usar
☐ Fluticasone Propionate HFA	☐ 44mcg	☐ 110mcg	☐ 220mcg	___inhalación(es) ___vez/veces al día
☐ Fluticasone Propionate Diskus	☐ 50mcg	☐ 100mcg	☐ 250mcg	___inhalación(es) ___vez/veces al día
☐ Pulmicort Respules® (Budesonide)	☐ 0.25mg	☐ 0.5mg	☐ 1.0mg	___inhalación(es) ___vez/veces al día
☐ QVAR RediHaler®	☐ 40mcg	☐ 80mcg		___unidad(es) nebulizada(s) ___vez/veces al día
☐ Advair HFA®	☐ 45/21mcg	☐ 115/21mcg	☐ 230/21mcg	___inhalación(es) ___vez/veces al día
☐ Wixella®	☐ 100/50mcg	☐ 250/50mcg	☐ 500/50mcg	___inhalación(es) ___vez/veces al día
☐ Symbicort®	☐ 80/4.5 mcg	☐ 160/4.5mcg		___inhalación(es) ___vez/veces al día
☐ Otros: _____				

Antes de Actividad Física o ejercicio:
☐ Albuterol o levalbuterol: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.
☐ Symbicort: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.

ZONA AMARILLA

PRECAUCIÓN: Podría tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias, y/o pecho apretado, problemas para jugar y despierta durante la noche.
CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento
☐ Albuterol 90mcg ___inhalación(es) inmediatamente ☐ Otro: _____
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ___unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ___unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ___inhalación(es) inmediatamente

Se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol).
Continúe administrando el medicamento cada ____horas.
Si el(la) menor empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.

ZONA ROJA

¡BUSCA AYUDA AHORA! Podría tener respiración rápida; no parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

Medicamento **¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!**
☐ Albuterol 90mcg ___inhalación(es) inmediatamente ☐ Otro: _____
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ___unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ___unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ___inhalación(es) inmediatamente

VE A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 9-1-1 si el menor no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.

Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:
Nombre: _____ Teléfono: ( ) -
Firma: _____ Fecha: (MM/DD/YYYY) ___ / ___ / ___ NPI: _____

Solo para menores:
☐ Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre de 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre de 2020.
☐ Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

REV. 2026

1 Fecha de vigencia

4 Medicamentos: Zona Verde

5 Medicamentos: Zona Amarilla

6 Medicamentos: Zona Roja

8 Capacidad de autoadministración

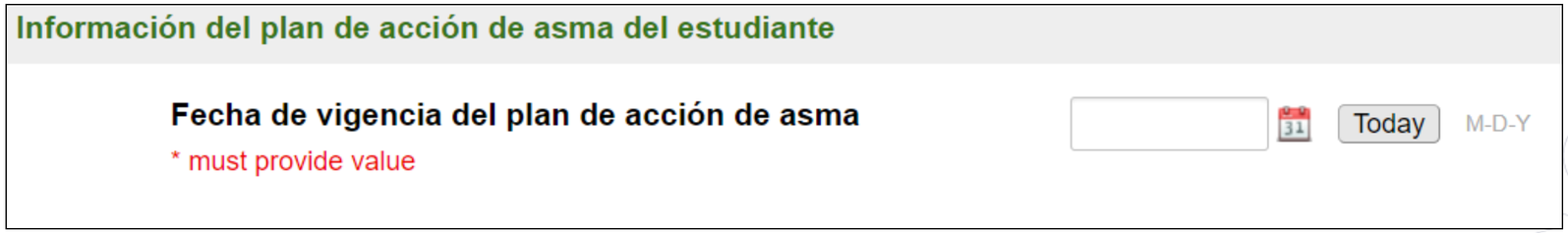
ASPECTOS IMPORTANTES AL SOMETER INFORMACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA

- Solo debe agregar la información que se le solicita en la plataforma, aunque el documento entregado incluya información adicional.
    - Un ejemplo de esto es el componente de "Antes de Actividad física", el cual no se solicita.
- Si en el plan entregado el médico no completó ninguna información y escribió que el estudiante **no padece** de la enfermedad, no debe someter ese plan y este estudiante no deberá ser contado como estudiante con asma.
- En cambio, si en el plan entregado el médico no completó ninguna información e indicó que el estudiante **tiene asma**, pero no tiene tratamiento, debe seleccionar la opción de "El documento no tiene marca en esta sección" en cada uno de los componentes. No es necesario que escriba la justificación en ninguna sección.

INFORMACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA

- Fecha de vigencia del plan de acción de asma:
  - Utilice el icono (imagen pequeña) del calendario para seleccionar la fecha de vigencia del Plan de Acción de Asma del estudiante. Esta se encuentra en la parte superior derecha del documento, en la primera tabla. Esta fecha corresponde a la duración del documento.

1



INFORMACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA

- Clasificación de gravedad del asma del estudiante:
  - Seleccione la alternativa que esté marcada en el documento.
  - Si no está marcada ninguna alternativa seleccione la opción: "El documento no tiene marca en esta sección".

2

Clasificación de gravedad del asma del estudiante:

* must provide value

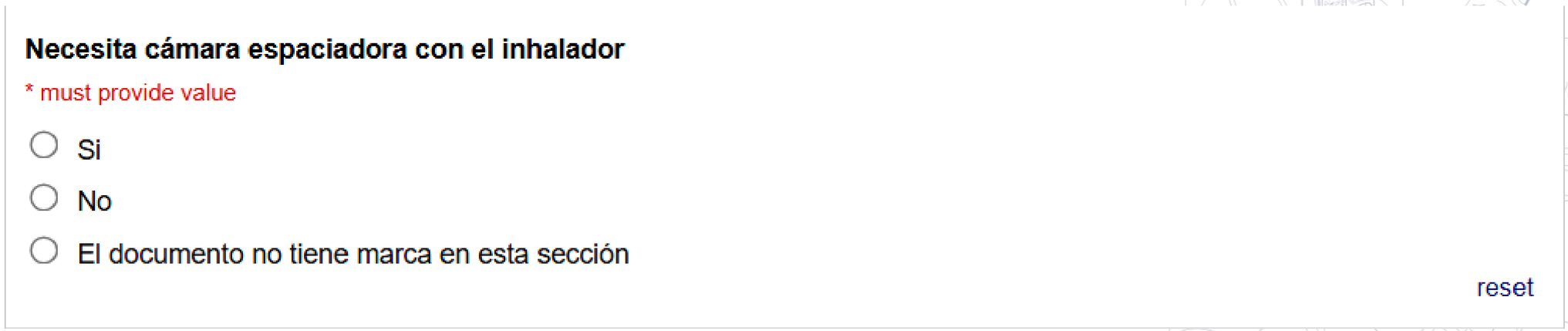
- ○ INTERMITENTE
- ○ PERSISTENTE LEVE
- ○ PERSISTENTE MODERADO
- ○ PERSISTENTE SEVERO
- ○ El documento no tiene una marca en esta sección.

reset

INFORMACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA

- Necesita cámara espaciadora con el inhalador
  - Seleccione la alternativa que esté marcada en el documento.
  - Si no está marcada ninguna alternativa seleccione la opción: "El documento no tiene marca en esta sección".

3



INFORMACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA

- Zona verde, amarilla y roja:
  - Seleccione los medicamentos que están marcados en cada zona del plan de acción de asma del estudiante.
  - Si no está marcada ninguna alternativa seleccione la opción: "El documento no tiene marca en esta sección".

4

ZONA VERDE: Seleccione los medicamentos que están marcados en la zona verde del plan de acción de asma de Juan Del Pueblo.

* must provide value

- [ ] Fluticasone Propionate HFA
- [ ] Fluticasone Propionate Diskus
- [ ] Pulmicort Respules® (Budenoside)
- [ ] QVAR RediHaler®
- [ ] Advair HFA®
- [ ] Wixella®
- [ ] Symbicort®
- [ ] Flovent®
- [ ] Flovent® Diskus®
- [ ] Pulmicort Flexhaler®
- [ ] Singulair (Montelukast)
- [ ] Otros:
- [ ] El documento no tiene una marca en esta sección.

5

ZONA AMARILLA: Seleccione los medicamentos que están marcados en la zona amarilla del plan de acción de asma de _____ _____.

* must provide value

- [ ] Albuterol 90mcg
- [ ] Albuterol 1.25mg/3mL
- [ ] Albuterol 2.5mg/3mL
- [ ] Symbicort®
- [ ] Otros:
- [ ] El documento no tiene una marca en esta sección.

6

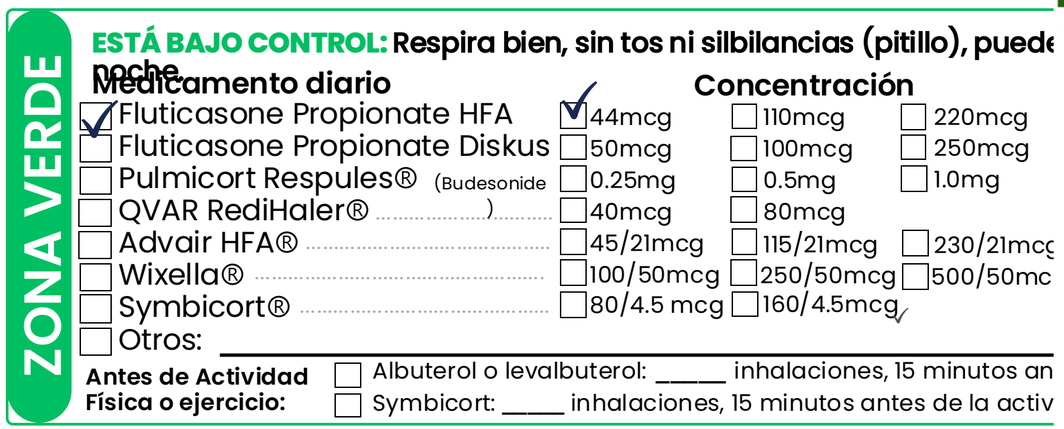
ZONA ROJA: Seleccione los medicamentos que están marcados en la zona roja del plan de acción de asma de _____ _____.

* must provide value

- [ ] Albuterol 90mcg
- [ ] Albuterol 1.25mg/3mL
- [ ] Albuterol 2.5mg/3mL
- [ ] Symbicort®
- [ ] Otros:
- [ ] El documento no tiene una marca en esta sección.

ASPECTOS IMPORTANTES AL SOMETER MEDICAMENTOS: ZONA VERDE

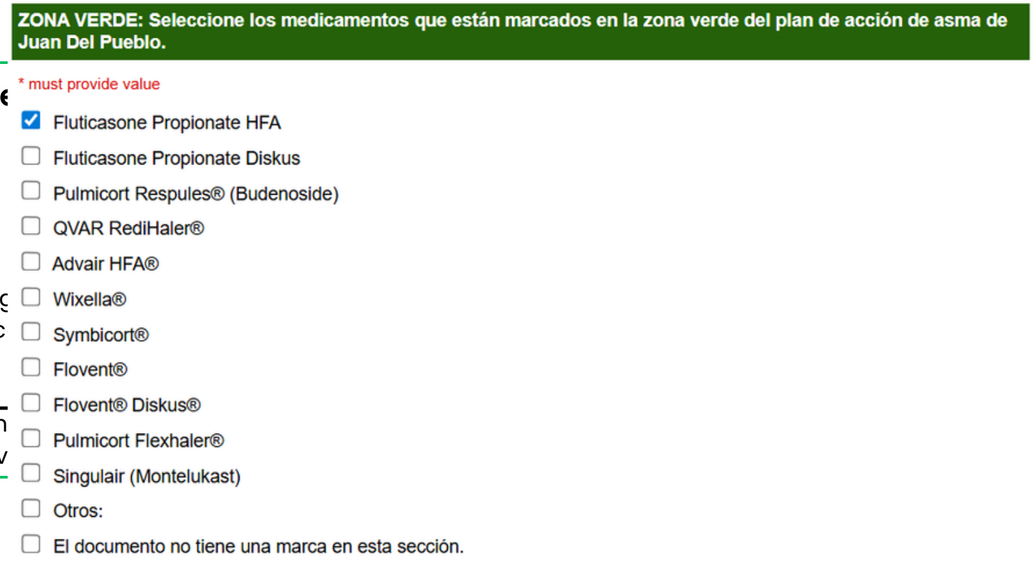
- Debe incluir los medicamentos que se indicaron en el documento, independientemente de la concentración, entiéndase que si está marcado el medicamento y la dosis, solo seleccione el medicamento en la plataforma.
  - Un ejemplo de esto en la zona verde es Fluticasone Propionate HFA 44 mcg, en el cual solo debe seleccionar en la plataforma como Fluticasone Propionate HFA.


ZONA VERDE

ESTÁ BAJO CONTROL: Respira bien, sin tos ni silbilancias (pitillo), puede
noche.

Medicamento diario		Concentración		
☑ Fluticasone Propionate HFA	☑ 44mcg	☐ 110mcg	☐ 220mcg	
☐ Fluticasone Propionate Diskus	☐ 50mcg	☐ 100mcg	☐ 250mcg	
☐ Pulmicort Respules® (Budesonide)	☐ 0.25mg	☐ 0.5mg	☐ 1.0mg	
☐ QVAR RediHaler®	☐ 40mcg	☐ 80mcg		
☐ Advair HFA®	☐ 45/21mcg	☐ 115/21mcg	☐ 230/21mcg	
☐ Wixella®	☐ 100/50mcg	☐ 250/50mcg	☐ 500/50mc	
☐ Symbicort®	☐ 80/4.5 mcg	☐ 160/4.5mcg		
☐ Otros: _____				

Antes de Actividad Física o ejercicio:
☐ Albuterol o levalbuterol: _____ inhalaciones, 15 minutos an
☐ Symbicort: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la activ


ZONA VERDE: Seleccione los medicamentos que están marcados en la zona verde del plan de acción de asma de Juan Del Pueblo.

* must provide value

- [x] Fluticasone Propionate HFA
- [ ] Fluticasone Propionate Diskus
- [ ] Pulmicort Respules® (Budenoside)
- [ ] QVAR RediHaler®
- [ ] Advair HFA®
- [ ] Wixella®
- [ ] Symbicort®
- [ ] Flovent®
- [ ] Flovent® Diskus®
- [ ] Pulmicort Flexhaler®
- [ ] Singulair (Montelukast)
- [ ] Otros:
- [ ] El documento no tiene una marca en esta sección.

ASPECTOS IMPORTANTES AL SOMETER MEDICAMENTOS: ZONA VERDE

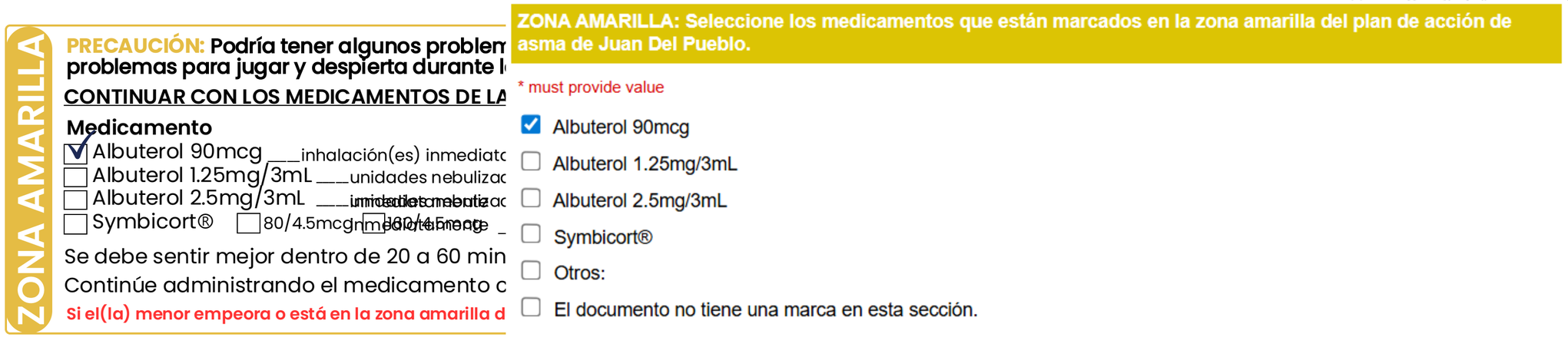
- Seleccione la opción de "Otros" solo para incluir medicamentos que no estén en la lista, independientemente de la concentración y la frecuencia ("cuánto y cuándo usar").

- No seleccione la opción para escribir comentarios adicionales como "no aplica", "no especifica", visitas relacionadas con ambientes hospitalarios o médicos, dosis, frecuencias, o cualquier otro comentario que no sea un nombre de un medicamento.



ASPECTOS IMPORTANTES AL SOMETER MEDICAMENTOS: ZONA AMARILLA Y ROJA

- Debe seleccionar en la plataforma los medicamentos que se indicaron en el documento.
  - Un ejemplo de esto es Albuterol 90 mcg, en el cual debe seleccionar en la plataforma Albuterol 90 mcg.



ASPECTOS IMPORTANTES AL SOMETER MEDICAMENTOS: ZONA AMARILLAY ROJA

- Seleccione la opción de "Otros" solo para incluir medicamentos que no estén en la lista o si la concentración de Albuterol es distinta (Ejemplo: Albuterol 5 mg/mL).

- No seleccione la opción para escribir comentarios adicionales como "no aplica", "no especifica", visitas relacionadas con ambientes hospitalarios o médicos, dosis, frecuencias, o cualquier otro comentario que no sea un nombre de un medicamento.

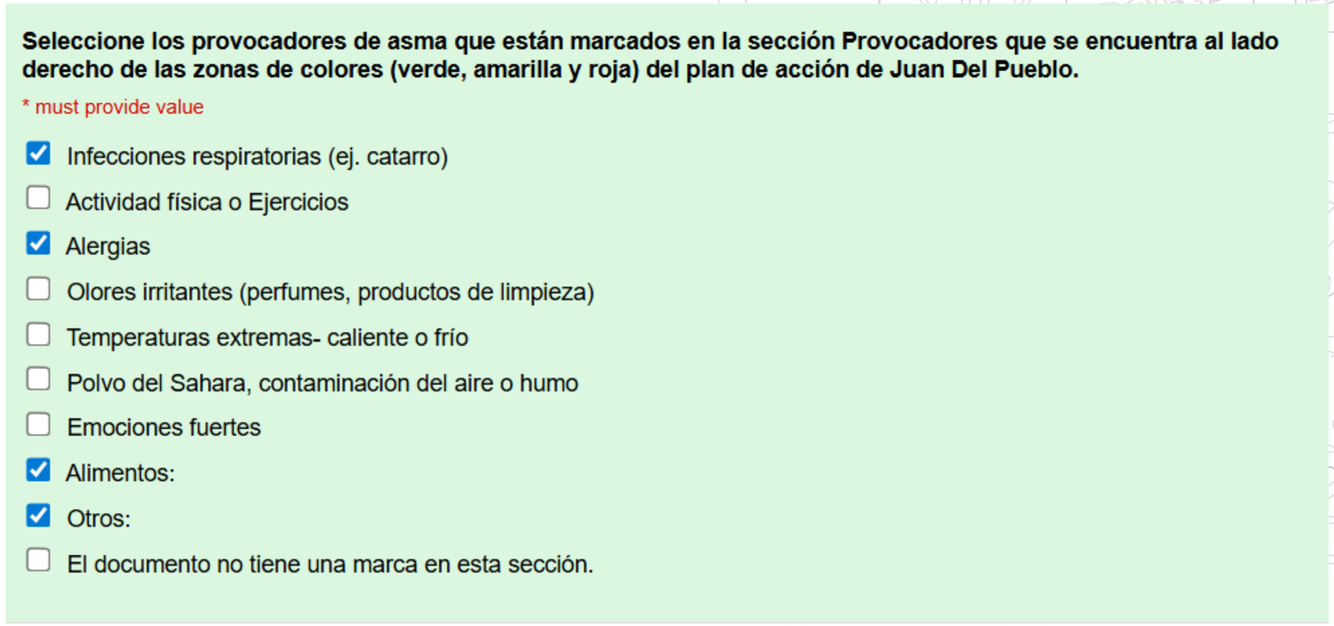


ASPECTOS IMPORTANTES EN LOS PROVOCADORES

7

- Provocadores: Seleccione los provocadores de asma que están marcados en la sección "Provocadores" del plan de acción del estudiante.

- Si no está marcada ninguna alternativa, seleccione la opción: "El documento no tiene marca en esta sección".



Seleccione los provocadores de asma que están marcados en la sección Provocadores que se encuentra al lado derecho de las zonas de colores (verde, amarilla y roja) del plan de acción de Juan Del Pueblo.

* must provide value

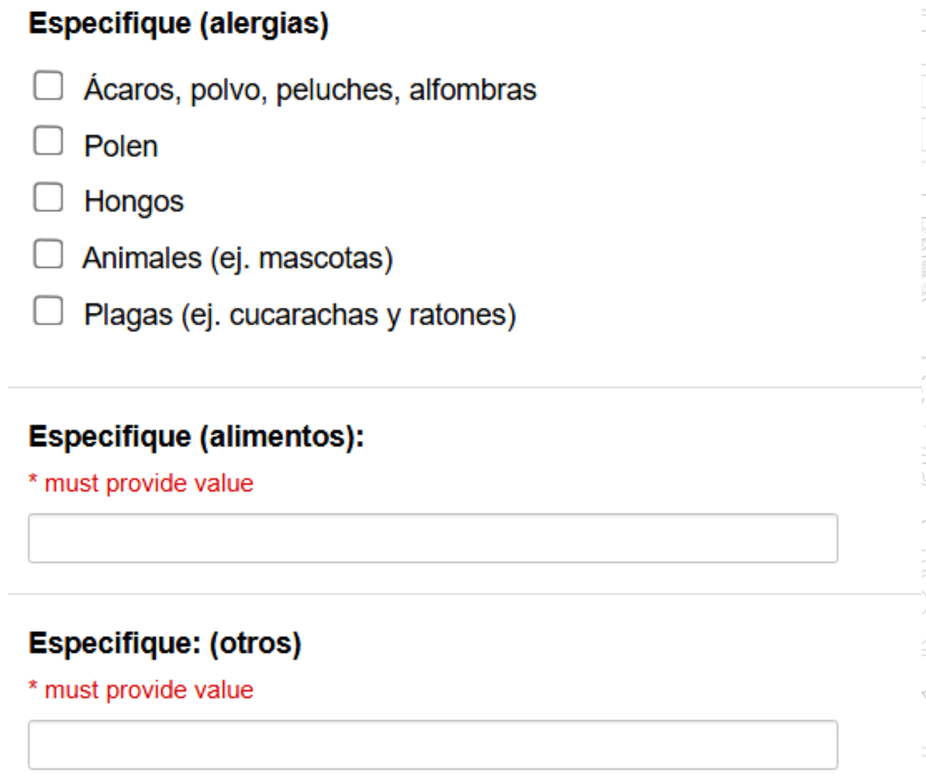
- [x] Infecciones respiratorias (ej. catarro)
- [ ] Actividad física o Ejercicios
- [x] Alergias
- [ ] Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
- [ ] Temperaturas extremas- caliente o frío
- [ ] Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
- [ ] Emociones fuertes
- [x] Alimentos:
- [x] Otros:
- [ ] El documento no tiene una marca en esta sección.

ASPECTOS IMPORTANTES EN LOS PROVOCADORES

7

- Seleccione la opción de "Otros" solo para incluir provocadores que no estén en la lista y que no sean alimentos.

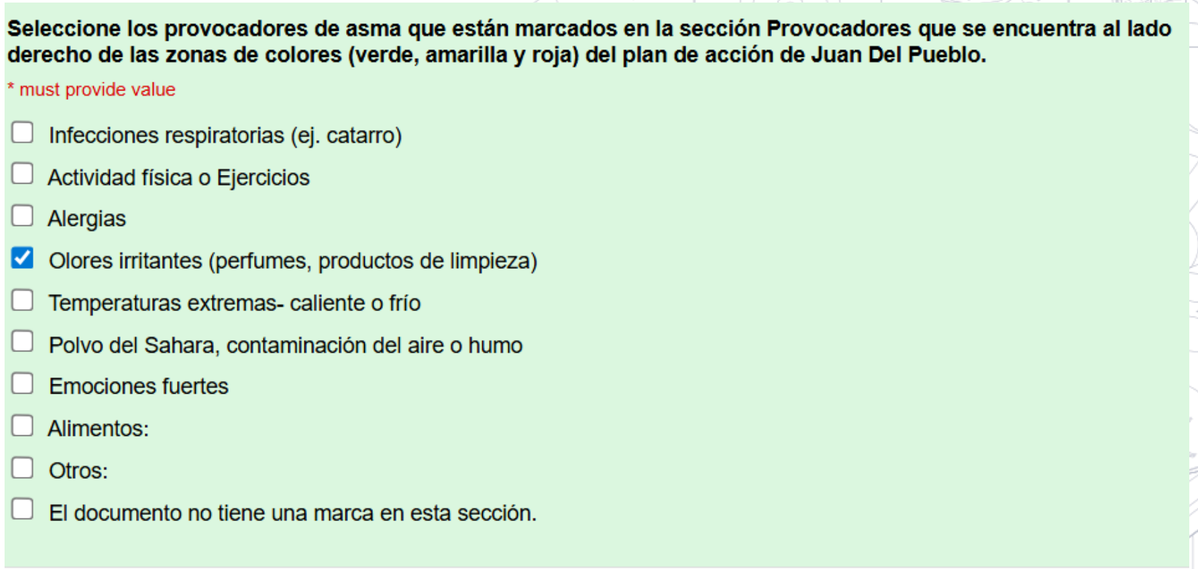
- No seleccione la opción para escribir comentarios adicionales como "no aplica", "no especifica" o cualquier otro comentario que no sea un nombre de un provocador



ASPECTOS IMPORTANTES EN LOS PROVOCADORES

- Si en la sección de "Otros" en el Plan de Acción está escrito un provocador que está dentro de las categorías debe seleccionar la categoría en la cual se incluye en la plataforma. No debe incluirlos bajo "Otros".

  - Un ejemplo: Marca de producto de limpieza; categoría: olores irritantes (perfumes, productos de limpieza).



INFORMACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA

- "Solo para menores":
  - Verifique la sección "Solo para menores" del recuadro color gris del plan de acción de asma del estudiante y seleccione la alternativa que esté marcada en el documento.
  - De no tener ninguna marca, seleccione: "El documento no tiene una marca en esta sección".

8

Verifique la sección "Solo para menores" del recuadro color gris del plan de acción de asma del estudiante y seleccione la alternativa que esté marcada en el documento. Las opciones son exactamente como están redactadas en el plan de acción de asma. De no tener ninguna marca, seleccione "El documento no tiene una marca en esta sección".

* must provide value

- ○ ESTE ESTUDIANTE ES CAPAZ Y SE LE HA ENSEÑADO EL MÉTODO CORRECTO PARA QUE SE ADMINISTRE LOS MEDICAMENTOS INHALADOS NO NEBULIZADOS NOMBRADOS ARRIBA, SEGÚN LA LEY 56 DE 2006, EL REGLAMENTO 9224 DE OCTUBRE 2020 Y LA ORDEN ADMINISTRATIVA 473 DE DICIEMBRE 2020.
- ○ ESTE ESTUDIANTE NO TIENE LA APROBACIÓN PARA AUTOMEDICARSE.
- ○ El documento no tiene una marca en esta sección.

INFORMACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE ASMA

- Nombre del padre/madre o encargado
- Número de teléfono del padre/madre o encargado

9

Información del plan de acción de asma del estudiante

Nombre del padre/madre o encargado

* must provide value

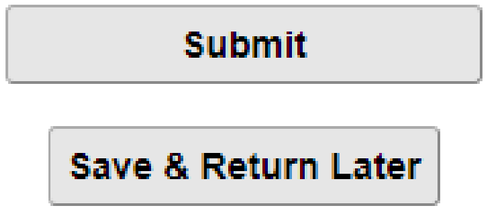
Número de teléfono del padre/madre o encargado:

En caso de no poseer el número, escriba "Desconocido".

* must provide value

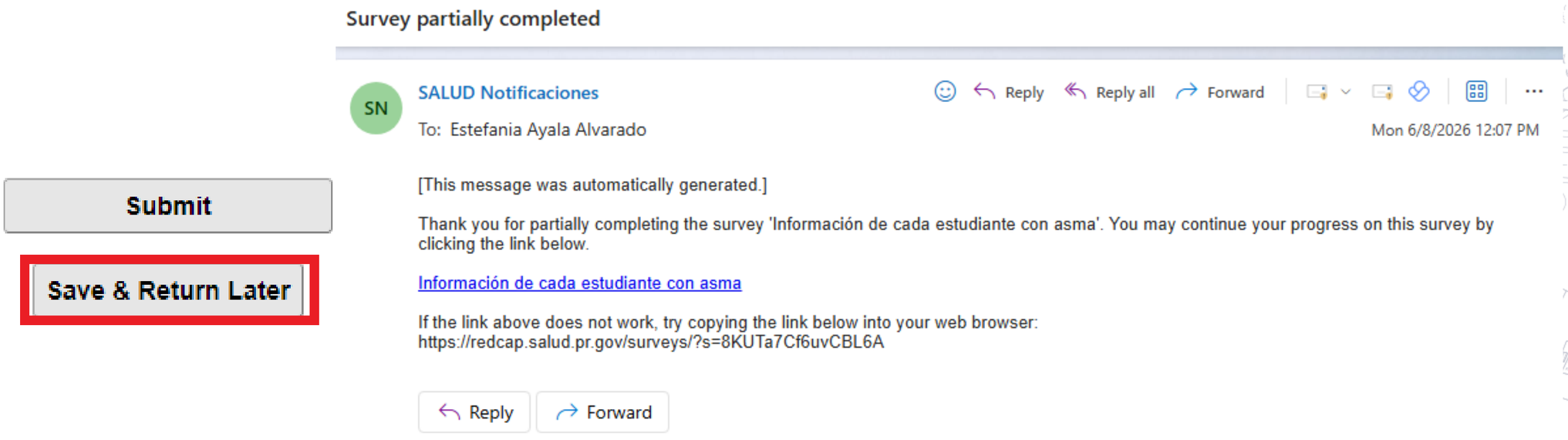
ALTERNATIVAS PARA PROCEDER AL CIERRE

- **"Submit":**
  - Presione el botón **"Submit"** para culminar el registro para ese estudiante y continuar completando el de otro estudiante, en caso de ser necesario. Automáticamente, se abrirá la pantalla de "Survey Queue" donde podrá seleccionar añadir más estudiantes, editar la información ya entrada o dar por culminado el informe.
- **"Save & Return Later":**
  - No estaremos utilizando el código de retorno de esta opción. Si el sistema le pide el código, vuelva al enlace que se le envió por correo electrónico.



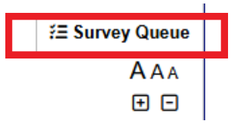
ALTERNATIVAS PARA PROCEDER AL CIERRE

- **"Save & Return Later":**
  - No estaremos utilizando el código de retorno de esta opción. Si el sistema le pide el código, vuelva al enlace que se le envió por correo electrónico.



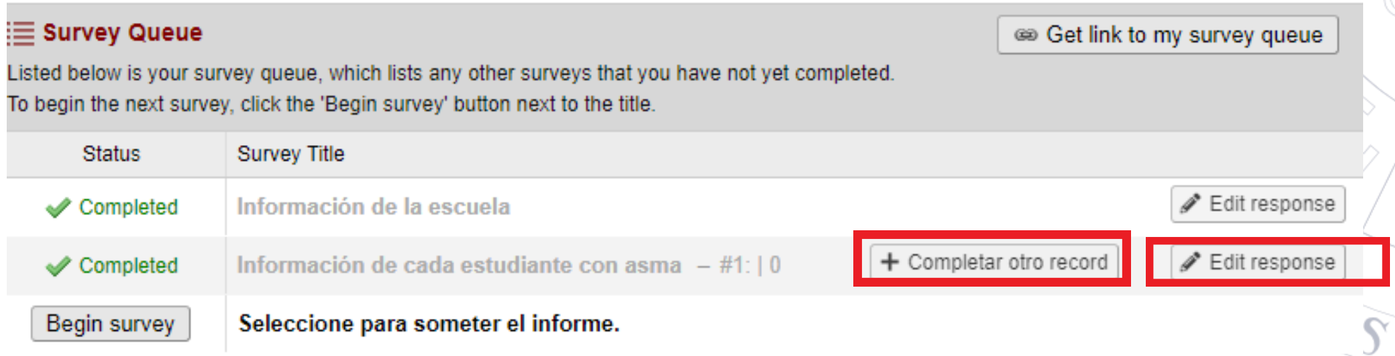
VERIFICAR INFORMACIÓN INGRESADA

- Completar otro récord en otro momento:
  - Presione nuevamente el enlace enviado al correo electrónico. Luego, vaya a la parte superior y seleccione "Survey Queue" para ver los récords que tiene completados. Es posible que tenga que presionar "view all" para verlos todos.



DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

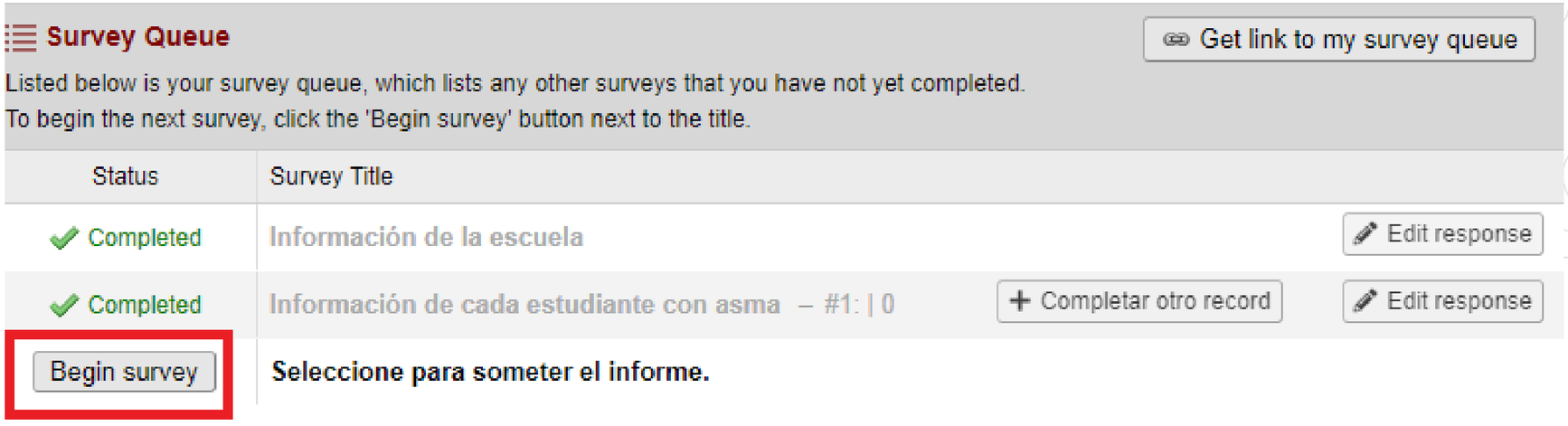




Información de la escuela

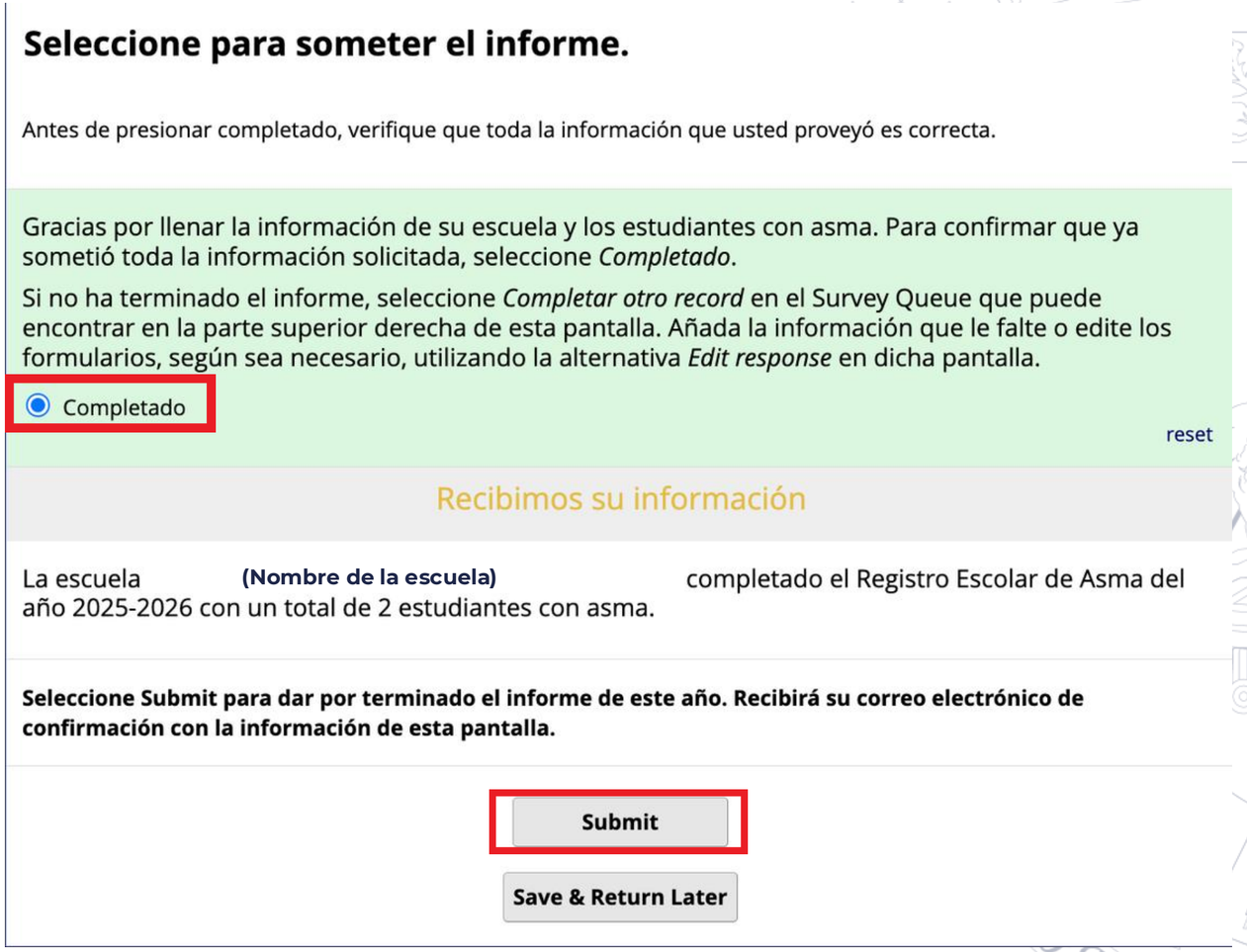
INFORME
DE ASMA COMPLETADO

- "Begin Survey - Seleccione para someter el informe":
  - Seleccione esta opción cuando ya haya entrado la información de la escuela y de cada uno de los estudiantes con asma en su escuela.



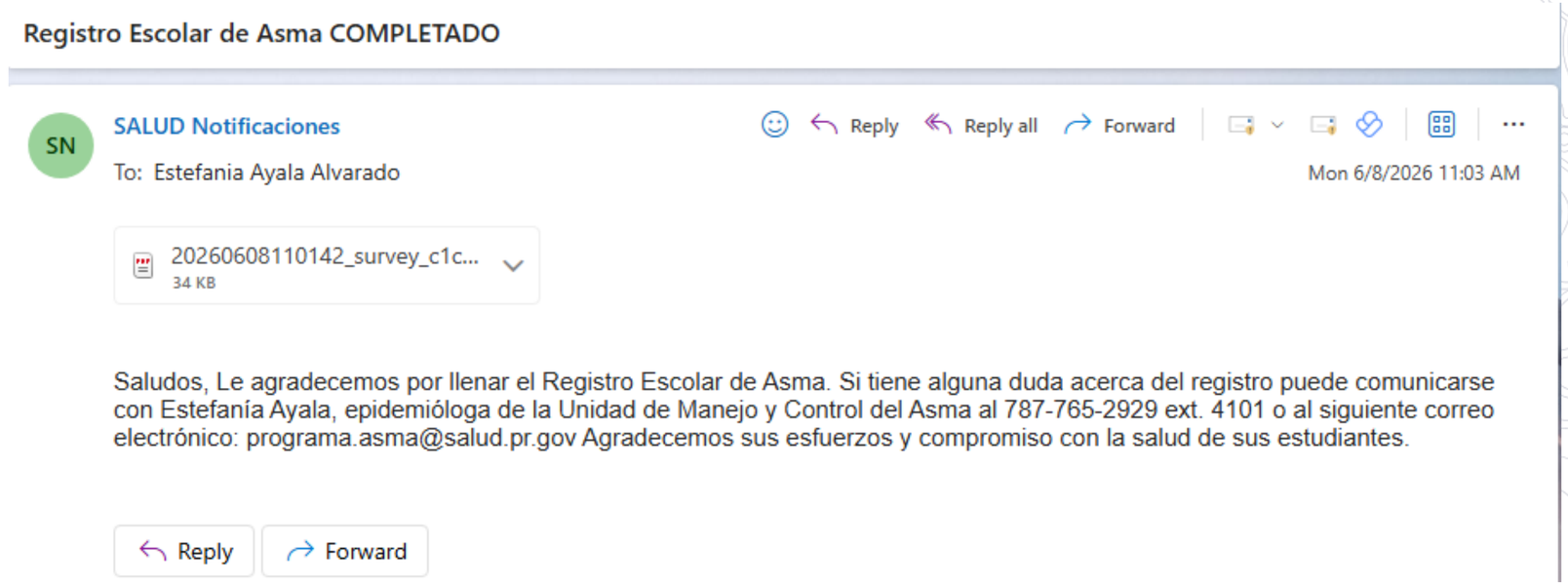
INFORME
DE ASMA COMPLETADO

- "Begin Survey - Seleccione para someter el informe":
- Seleccione la opción de "Completado" y "Submit" para someter el informe y que reciba evidencia de que lo completó. Sin embargo, esto no indica que la información esté completa y correcta.



INFORME
DE ASMA COMPLETADO

- Confirmación de recibo automática
  - Una vez haya sometido el informe le llegará un correo electrónico automatizado indicando que ya recibimos su formulario.



CAPACITACIÓN: REGISTRO ESCOLAR DE ASMA

MANEJO DE DOCUMENTOS IMPRESOS



DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

MANEJO DE DOCUMENTOS IMPRESOS

- Recogerá los documentos entregados por los padres y los guardará en el expediente del estudiante. Se recomienda que los maestros tengan copia del plan de acción de asma, según establecido en el Reglamento 9224.

- En el caso de que un médico cambie el tratamiento del estudiante y le provea un plan de acción de asma actualizado, deberá entregar el nuevo a la escuela.



INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL MANEJO DE DOCUMENTOS IMPRESOS

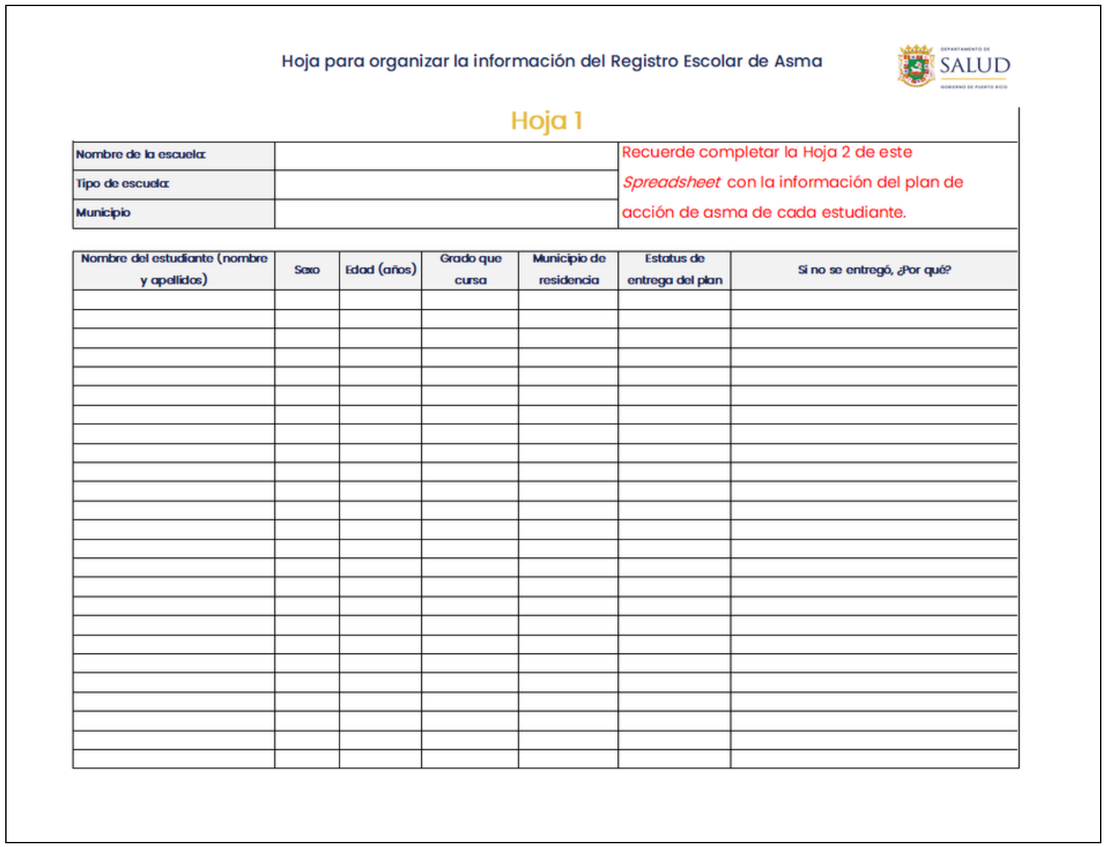
- En caso de que los padres no entreguen los documentos requeridos después de 4 meses, la escuela evaluará el caso para referirlo al Departamento de la Familia.

- Es recomendable que los maestros obtengan su certificación de Manejo y Control de Asma Pediátrico en las escuelas, ofrecido por la Unidad de Manejo y Control de Asma del Departamento de Salud. Esta certificación tiene una vigencia de 3 años. Se trabaja a través del curso virtual "Control del asma en las escuelas".



HOJA DE CÁLCULO PARA ORGANIZAR INFORMACIÓN DEL REGISTRO ESCOLAR

- Disponible, según solicitud, para mantener organizada la recopilación de los datos.



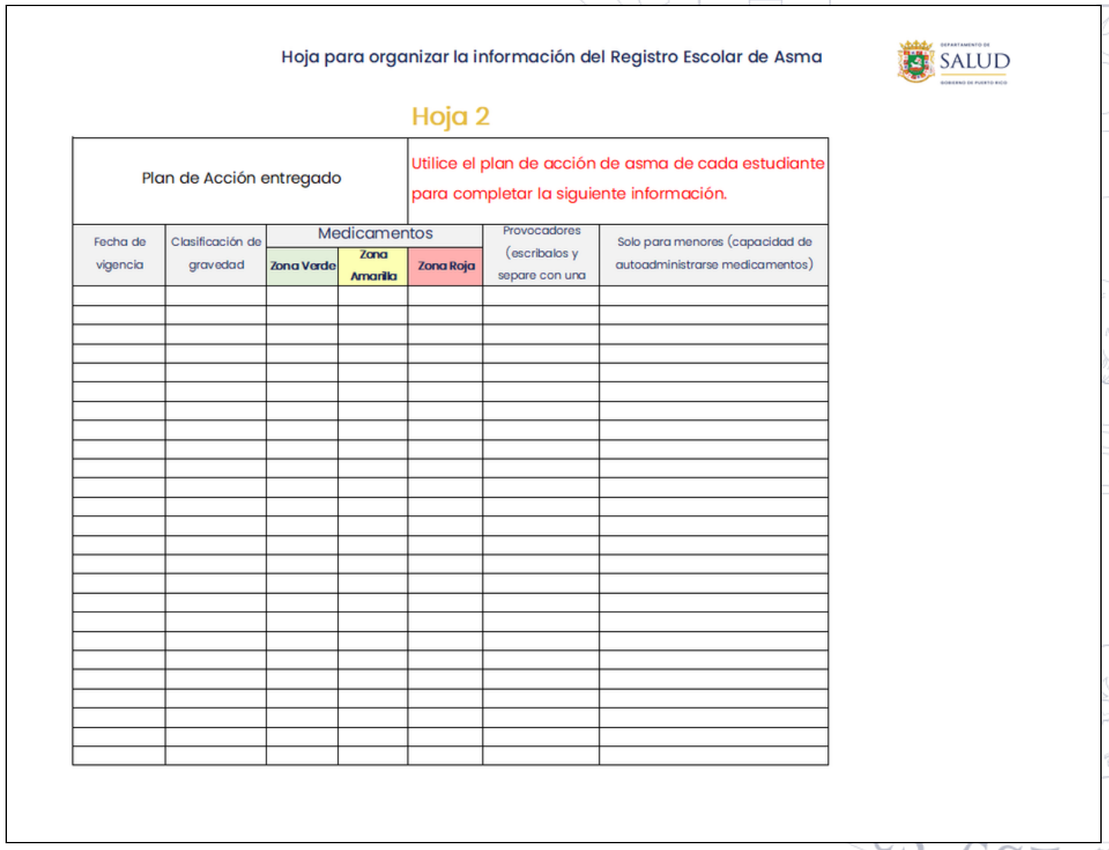
Hoja para organizar la información del Registro Escolar de Asma

SALUD

Hoja 1

Nombre de la escuela:		Recuerde completar la Hoja 2 de este *Spreadsheet* con la información del plan de acción de asma de cada estudiante.
Tipo de escuela:		
Municipio		

Nombre del estudiante (nombre y apellidos)	Sexo	Edad (años)	Grado que cursa	Municipio de residencia	Estatus de entrega del plan	Si no se entregó, ¿Por qué?



Hoja para organizar la información del Registro Escolar de Asma

SALUD

Hoja 2

Plan de Acción entregado						Utilice el plan de acción de asma de cada estudiante para completar la siguiente información.
Fecha de vigencia	Clasificación de gravedad	Medicamentos			Provocadores (escríbalos y separe con una	Solo para menores (capacidad de autoadministrarse medicamentos)
		Zona Verde	Zona Amarilla	Zona Roja		

CAPACITACIÓN: REGISTRO ESCOLAR DE ASMA

ESPACIO PARA

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

¡GRACIAS por

ser parte de esta iniciativa!

Continuamos trabajando para llevar nuestros
servicios a más personas con asma en Puerto Rico.

CONTÁCTANOS

https://www.salud.pr.gov/registro_asma
https://www.salud.pr.gov/programa_asma

programa.asma@salud.pr.gov

(787)765-2929 ext. **4101, 4148, 4156**

Departamento de salud de Puerto Rico

