

Mi nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre de mi médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Complete la sección de abajo. Lleve todos sus medicamentos e inhaladores junto con una lista completa a las visitas al consultorio médico. Piense en su capacidad para realizar estas actividades en un día típico “verde”. Ponga una marca de verificación en cada columna. En la última columna (en blanco) escriba una actividad que le gustaría poder volver a hacer. Marque la casilla de abajo para indicar la dificultad que tiene para realizar esa actividad ahora. Comparta este objetivo con su equipo de atención médica y su familia.

	LIMPIAR	HACER LA CAMA	CEPILLARME LOS DIENTES	BAÑARME/ DUCHARME	CAMINAR	SUBIR LAS ESCALERAS	TRABAJAR	DORMIR	HACER EJERCICIO	COCINAR	
<b>Puedo hacerlo</b>											
<b>Puedo hacerlo con pequeñas limitaciones</b>											
<b>Me cuesta hacer esto</b>											
<b>No puedo hacer esto</b>											

**Instrucciones: Colabore con su médico para completar esta sección sobre los medicamentos especiales que debe utilizar en sus días amarillos y rojos.**

## Mis días Verdes

### Un día normal para mí

- ☐ Mi respiración es normal
- ☐ Mi tos y mi mucosidad son normales
- ☐ Mi sueño es normal
- ☐ Mi alimentación y mi apetito son normales
- ☐ Mi nivel de actividad es normal

### Tomar medidas

- ☐ Tomaré todos los medicamentos según lo prescrito
- ☐ Acudiré a las citas médicas rutinarias
- ☐ Utilizaré el oxígeno según lo prescrito
- ☐ Haré ejercicio y comeré con regularidad
- ☐ Evitaré todos los irritantes inhalados y los días de aire viciado
- ☐ Actualizaré el documento Mi plan de acción para la EPOC cada 6 meses

## Mis días Amarillos

### Un mal día para mí

- ☐ Tengo una fiebre baja que no desaparece
- ☐ He incrementado el uso de medicamentos de rescate sin alivio
- ☐ Tengo un cambio de color, grosor, olor o cantidad de mucosidad
- ☐ Estoy más cansado de lo normal o tengo problemas para dormir
- ☐ Tengo una nueva o mayor hinchazón de tobillos
- ☐ Me falta el aire más de lo normal
- ☐ Siento que me estoy resfriando

### Tomar medidas

- ☐ Limitaré mi actividad y respiraré con los labios fruncidos
- ☐ Tomaré los medicamentos habituales según lo prescrito
- ☐ Informaré sobre estos cambios a mi médico hoy mismo
- ☐ Empezaré a tomar medicamentos especiales\* acordados previamente con mi médico que incluyen: \_\_\_\_\_

## Mis días Rojos

### Un mal día en el que necesito ayuda de inmediato

- ☐ Tengo desorientación, confusión o dificultad para hablar
- ☐ Tengo dificultad para respirar o dolor en el pecho
- ☐ Tengo un color azul alrededor de los labios o los dedos
- ☐ Toso sangre

### Tomar medidas

- ☐ Llamaré al 911 de inmediato
- ☐ Empezaré a tomar estos medicamentos especiales\*: \_\_\_\_\_

\* Si los síntomas no mejoran en el plazo de un día después de tomar los medicamentos especiales, consulte a su médico. El contenido de Mi plan de acción para la EPOC tiene únicamente fines informativos y no pretende sustituir el asesoramiento, el diagnóstico o el tratamiento médico profesional.

Mi plan de acción para la EPOC puede utilizarse a diario y debe actualizarse cada 6 meses.

Próxima actualización \_\_\_\_\_