

Mi Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre de Mi Médico: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Complete la sección anterior. Lleve todos sus medicamentos e inhaladores junto con una lista completa de estos cuando visite el consultorio del médico. Piense en su capacidad para hacer estas actividades (recuadros azules) en un típico día "Verde". Coloque una marca de verificación en cada columna. En la última columna (en blanco), escriba una actividad que le gustaría poder hacer nuevamente. Marque la casilla a continuación para mostrar lo difícil que le resulta hacer esa actividad en la equipo de atención médica y su familia.

	LIMPIEZA	TENDER MI CAMA	LAVARME LOS DIENTES	DARME UN BAÑO/ UNADUCHA	CAMINAR	SUBIR ESCALERAS	TRABAJAR	DORMIR	HACER EJERCICIO	COCINAR	
Puedo hacer esto											
Puedo hacerlo con pequeñas limitaciones											
Tengo dificultad para hacer esto											
No puedo hacer esto											

Instrucciones: Trabaje con su médico para completar esta sección sobre medicamentos especiales para usar en sus días Amarillos y Rojos.

Mis días Verdes

En Día Normal Para Mi

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

Tome Medidas

- Tomaré todos mis medicamentos según las indicaciones del médico
- Asistiré a las citas de rutina con el médico
- Usaré oxígeno según lo indicado
- Haré ejercicio y comeré de forma regular
- Evitaré todos los agentes irritantes inhalados y los días con aire malo
- Actualizaré mi plan de acción para la EPOC cada seis meses

Mis días Amarillos

Un Día Malo Para Mí

- Tengo fiebre leve que no desaparece
- He aumentado el uso de medicamentos de rescate sin sentir alivio
- Hay un cambio en el color, el espesor, el olor o la cantidad de mucosidad
- Me siento más cansado de lo normal o tengo problemas para dormir
- Tengo una hinchazón de los tobillos nueva o que va en aumento
- Tengo más dificultad para respirar de lo normal
- Siento que me voy a resfriar

Tome Medidas

- Limitaré mi actividad y usaré la técnica de respiración con labios fruncidos
- Tomaré mis medicamentos regulares según las indicaciones del médico
- Informaré estos cambios a mi médico hoy mismo
- Comenzaré a tomar los medicamentos especiales* coordinados previamente con mi médico, incluidos los siguientes: _____

Mis días Rojos

Un Día en Que Necesito Ayuda de Inmediato

- Tengo desorientación, confusión o dificultad para hablar
- Tengo dolor en el pecho o dificultad para respirar grave
- Tengo un color azul en labios o dedos
- Toso con sangre

Tome Medidas

- Llamaré al 911 de inmediato
- Comenzaré a tomar estos medicamentos especiales*: _____

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

Mi plan de acción para la EPOC puede usarse todos los días y debe actualizarse cada seis meses. Próxima actualización _____