



Favor de regresar a la enfermera de la escuela

Información acerca de Asma para la Escuela

Nombre de estudiante: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Teléfono: _____

Doctor tratando el asma: _____ Teléfono: _____

- 1. ¿Fecha que fue diagnosticado su hijo/a con asma? _____
- 2. ¿Ha sufrido de neumonía o bronquitis su hijo/a? _____ ¿Frecuencia? _____
- 3. ¿Cuando fue la última vez que su hijo/a:
 - fue tratado en la sala de emergencia debido al asma? _____
 - fue internado en un hospital debido al asma? _____

4. ¿Con qué frecuencia falta a la escuela su hijo/a debido a dificultades para respirar? _____

5. ¿Qué provoca el asma en su hijo/a? (marque lo corresponda)

- Ejercicio
- Olores fuertes
- Moho de interiores
- Infecciones respiratorias, gripe
- Humo de cigarrillo
- Animales
- cambio de tiempo
- Polen
- Ciclo Menstrual
- Aire frío
- Ciertos alimentos
- Otra: _____
- Reír o llorar
- Polvo

6. Síntomas del asma de hijo/a: (marque lo que corresponda)

- Tos
- Comezón en la garganta
- Ansiedad
- Silbidos en el pecho
- Pecho apretado
- Dolor de cabeza
- Dificultad para respirar
- Cansancio
- Otro: _____

7. ¿Cuántas veces ha tenido síntomas durante el día su hijo/a en el último mes? _____

8. ¿Cuántas veces ha tenido síntomas durante la noche su hijo/a en el último mes? _____

9. ¿Cuándo tiene dificultades para respirar su hijo/a? _____

10. ¿Cómo afecta el asma las actividades y el ejercicio de su hijo/a? _____

11. ¿Cómo trata el asma de su hijo/a? _____

12. Por favor apunte todos los medicamentos que toma su hijo/a en casa y la escuela:

Medicamento	Cantidad/Dosis:	Frecuencia:

13. ¿Tiene alergias su hijo/a? No Sí: favor de apuntar: _____

14. ¿Utiliza un medidor de capacidad pulmonar su hijo/a? No Sí ¿Espaciador? No Sí

15. ¿Le preocupa alguna cosa relacionada con la salud de su hijo/a que necesitamos tener presente en la escuela?

Firma de los Padres: _____

Fecha: _____