

Formulario para los Padres Solamente

PLAN DE CUIDADO PARA UN ESTUDIANTE CON ASMA O PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Querido Padres/Guardián: Ha llegado a nuestra atención que su hijo/a tiene asma o problemas respiratorios. La enfermera de la escuela necesita más información para poder ayudar en el cuidado de su hijo/a en la escuela. Complete esta forma y regresarla a la escuela. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a la enfermera de su escuela.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre y Número telefónico del Padre/Guardián: _____

Nombre y Número telefónico de Madre/Guardián: _____

Otro Nombre y Número Telefónico en Caso de Emergencia: _____

Nombre y Numero Telefónico del médico o doctor de su hijo/a: _____

1. ¿Qué tanto le molesta o interrumpe el asma de su hijo/a durante las actividades normales (como jugar, correr, hacer deportes)?
Nunca Rara la vez Algunas veces Con frecuencia Todo el tiempo

2. ¿Cuántas veces a estado su hijo/a en el departamento de emergencias u hospitalizado durante el año pasado?
__0 veces __1 vez __2 veces __3 veces __4 veces __5 veces o más

3. a) ¿Qué provoca el asma de su hijo/a? (marque todo lo que aplique)

- Enfermedades (resfríos) Humo Alergias: Gatos Perros Polvo Moho Polen
 Emociones (llorar, reír, estrés) Ejercicio/actividad física Comida: _____
 Cambios en la temperatura ambiental Olores fuertes Otros: _____

b) ¿Tiene su hijo/a alguna alergia o una anafilaxis que ponga la vida en peligro? Si No

- Si la respuesta es si: tiene el/ella un auto inyector (epi-pen) en la escuela? Si No

Si la respuesta es si, complete la forma de Plan de Alergia Severa que la enfermera le proporcionara

c) ¿ Fuma alrededor de su niño (en casa, el cuidado, el cuidado de niños/la niñera, la familia/los amigos)? Si No

4. Describa los síntomas que su hijo/a típicamente experimenta antes o durante los ataques de asma: (marque todo lo que aplique)
 Tos Comezón de barbilla/cuello Aclarar la garganta Problemas para respirar
 Respirando rápido/profundo Cansancio o debilidad silbido en el pecho
 Flujo de nariz Otro _____

5. Por favor escriba los nombres o colores de los medicamentos (inhaladores, pastillas, líquidos, nebulizadores) que su hijo/a toma para el asma y alergias (las que necesita todos los dias o cuando sea necesario).

Lista de todos los nombres y colores de las medicinas que utilice	

6. ¿Qué tan bien toma las medicinas su hijo/a para el asma? (marque solamente una)

___ Se la toma solo/a ___ Necesita ayuda para tomarla ___ Ahora no esta tomando medicina

7. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan frecuente ha usado medicamento de rescate o algún calmante (jarabe, inhalador, maquina de nebulizador) para la tos, problema para respirar, o silbido?

Nunca 1-2 dias por semana 3 o mas dias por semana pero no todos los dias Todos los dias

8. En las últimas 4 semanas, ¿Que tan frecuente tiene su hijo/a tos, problemas para respirar, o silbido en la mañana o durante el día? Nunca 1-2 dias por semana 3 o mas dias por semana pero no todos los dias Todos los dias

9. En las últimas 4 semanas, ¿Que tan frecuente tiene su hijo/a tos, problemas para respirar, o silbido en la noche mientras duerme? Nunca 1-2 veces 3 o mas veces por mes 2 o mas veces por semana Cada noche

This information may be shared with you health care provider in order to have a complete health care plan.

Guardian name: _____ Guardian Signature: _____