

¿SU HIJO PADECE DE ASMA?

No – NO DEBE LLENAR ESTE FORMULARIO

Sí – Debe llenar este formulario

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la enfermera de la escuela de su hijo.

Fecha en que llena el formulario: _____ N.º de ID del estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor legal y n.º de teléfono: _____

Nombre de la persona que llena el formulario y parentesco (p.ej. mamá, papá, abuela): _____

Médico tratante del asma (nombre y n.º de teléfono): _____

1. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha ido su hijo a una sala de emergencia /de cuidados urgentes o al médico debido al asma?

0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más

2. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha sido hospitalizado su hijo por causa del asma?

0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más

3. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado su hijo corticoesteroides orales (prednisona, Orapred) para tratar una crisis asmática?

0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más

4. ¿Cuántos días faltó a clases su hijo en los últimos 12 meses debido al asma?

0 días 1-2 días 3-5 días 6-10 días 11-15 días 15 o más días

5. ¿Con qué frecuencia ha usado su hijo una medicina de rescate o de alivio (un jarabe, inhalador o máquina para respirar) en las últimas 4 semanas para aliviar la tos, problemas respiratorios o sibilancias?

Nunca 1-2 días a la semana 3 o más días a la semana pero no todos los días Todos los días

6. ¿En las últimas 4 semanas, con cuánta frecuencia ha tenido su hijo tos, problemas respiratorios o sibilancias en la mañana o durante el día?

Nunca 1-2 días a la semana 3 o más días a la semana pero no todos los días Todos los días

7. ¿En las últimas 4 semanas, con cuánta frecuencia su hijo se ha despertado en la noche por causa de la tos, problemas respiratorios o sibilancias?

Nunca 1-2 veces al mes 3 o más veces al mes 2 o más veces a la semana Todas las noches

8. ¿Con qué frecuencia el asma de su hijo ha sido una molestia o ha interrumpido sus actividades normales (jugar, correr y deportes) en las últimas 4 semanas?

Nunca Rara vez Algunas veces Con frecuencia Todo el tiempo

9. ¿Qué provoca el asma de su hijo? (Marque todas las que correspondan)

Enfermedad (resfriados) Humo Alergias: Gato Perro Polvo Moho Polen

Emociones (llorar, reír, estrés) Ejercicio/actividad física Alimentos: _____

Cambios de tiempo Olores fuertes Otro: _____

10. Escriba los nombres o colores de las medicinas (inhaladores, pastillas, líquidos, nebulizadores) que su hijo toma para el asma y las alergias (las que usa a diario y según sea necesario) y entregue a la enfermera una copia de su plan escrito para el tratamiento del asma.

Liste los nombres o colores de las medicinas usadas para el asma	

11. ¿Cómo toma su hijo las medicinas para el asma? (Solo una respuesta)

Toma la medicina solo Necesita ayuda para tomar la medicina En este momento, no toma medicinas

Firma del padre _____ Fecha _____ Revisado por la enfermera escolar _____ Fecha _____