

Guadalupe Union School District Asthma Intake Form

¿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: Escuela:

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento:

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

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 corticosteroides 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 días a la semana 3 o más veces al mes 2 o más veces a la semana Todos los días

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 Cambios de tiempo Olores fuertes

Alergias: Gato Perro Polvo Moho Hongo Polen

Ejercicio/actividad física Emociones (llorar, reír, estrés) 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 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

Revisado por la enfermera escolar Fecha: