Formulario de historial de asma

Nombre del estudiante:_____ Fecha de nacimiento:_____ Escuela:_____

Proveedor de servicios de salud para el asma:_____ Teléfono:_____

_____

¿Qué edad tenía el niño cuando le diagnosticaron con asma?_____

¿Su niño visitó 2 o más veces la sala de emergencias, o tuvo 2 o más internaciones en el hospital, el año pasado?

- ❑ No
- ❑ Sí. Visita/Internación más reciente ___/___/___

¿Qué tanto limita el asma a su hijo en su rutina diaria?

- ❑ Nada
- ❑ Lo limita un poco
- ❑ Lo limita muchísimo

¿Con qué frecuencia utiliza su hijo broncodilatadores de acción corta? (Albuterol o Xopenex, Pro-air)

- ❑ Menos de 2 días por semana
- ❑ Más de 2 días por semana
- ❑ Muchas veces por día

¿Cuántas veces ha tenido su hijo episodios relacionados al asma que produjeron la administración de esteroides por vía oral (prednisona)?

- ❑ 0 a 1 vez por año
- ❑ Más de 2 veces por año
- ❑ No necesita medicación desde____/_/_____

¿Su hijo recibe tratamientos con nebulizador?

- ❑ No
- ❑ Sí

¿Qué factores causan el asma de su hijo?

- ❑ Enfermedad/Fatiga
- ❑ Alimentos
- ❑ El clima
- ❑ Medicamentos
- ❑ Ejercicio
- ❑ Emociones
- ❑ Humo de cigarrillo
- ❑ Olores químicos
- ❑ Otro:_____

¿Su hijo puede evitar los factores causantes e identificar los síntomas de un ataque de asma?

- ❑ No
- ❑ Sí

¿Qué adaptaciones especiales requiere su hijo a causa del asma?

- ❑ Medidor de flujo espiratorio máximo
- ❑ Clase de Educación física
- ❑ Animales en el aula
- ❑ Recreo
- ❑ Evitar ciertos alimentos
- ❑ Transporte desde/hacia la escuela
- ❑ Supervisión de los efectos adversos de los medicamentos

¿Su hijo toma otros medicamentos para el asma?_____

Si se necesitan medicamentos en la escuela, solicítele a su proveedor de servicios de salud que rellene el formulario de Autorización para la administración de medicamentos en la escuela. Traiga el formulario relleno y los medicamentos a la escuela antes de que su hijo comience las clases.

La información que otorgó podría utilizarse para crear un Plan de salud individual para la atención de su hijo y podría ser compartida con el personal de la escuela según sea necesario.

Firma del padre o tutor:_____Fecha: _____