

CUESTIONARIO DE ASMA

Nombre del Alumno _____ Fecha de Nacimiento _____
Maestro/a _____ Grado _____

Estimado padre /guardián,

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca del asma del alumno y regrese esta forma a la enfermera de la escuela. Esta información nos ayudará a proveer al alumno con el mejor cuidado posible mientras este en la escuela.

◆ ¿Por cuánto tiempo ha estado el alumno con asma? _____

◆ Por favor evalúe la severidad de su asma (circule):

Mínimo

Moderado

Severo

◆ Brevemente describa el asma del alumno:

◆ ¿Ha sido el alumno alguna vez hospitalizado a causa del asma?

Por favor explique:

◆ ¿Cuándo fue el alumno hospitalizado por asma? _____

◆ ¿Puede el alumno desarrollar asma a causa del ejercicio? _____

◆ ¿Puede tener el clima un efecto en el asma del alumno? Por favor explique:

◆ Por favor circule lo que es aplicable para el alumno en cuanto a su asma:

Tose frecuentemente

Tiene respiración dificultosa o jadeante

El asma se debe al ejercicio

El asma se debe al clima

◆ Escriba todos los medicamentos que el alumno toma para el asma y describa cada cuánto tiempo tiene que tomarlo?

- ◆ ¿Qué toma el alumno cuando tiene respiración dificultosa?

- ◆ ¿Usa el alumno un nebulizador? _____ Si es así, un tratamiento con el nebulizador se puede hacer si usted nos provee con tubería, la taza del nebulizador, y una máscara. Tenemos un nebulizador en escuela. Necesitaremos también medicamentos del nebulizador junto con su firma para el uso en la escuela.

- ◆ Por favor proporcione el nombre del doctor que esta al cuidado del asma del alumno:

Nombre del doctor: _____

Teléfono del doctor: _____

Firma del padre o guardián _____

Teléfono del padre/guardián: _____