

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

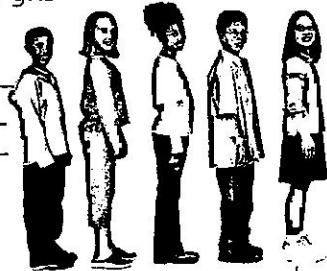
Nombre del padre de Familia _____ Médico _____

Padre de Familia/Guardián:

Por favor complete y regrese ésta forma al Cuarto de Enfermería para que la escuela y el personal de salud pueda ayudarle con el plan de asma para su hijo/a. Todos los estudiantes que tienen medicina para asma en la escuela deben tener ésta forma completada por el padre de familia o guardián o un plan de acción de asma completado por el médico.

Cuando mi hijo/a tiene un episodio de asma presenta los síntomas de abajo que están encerrados en círculo:

- Dificultad al respirar
- Labios azulados o pálidos
- Tos
- Punta de los dedos azules o gris
- Mareado/a
- Otro _____
- Respiración rápida
- Pánico/ansiedad
- Ronquido del pecho



Cuando mi hijo tiene un episodio de asma puede ser causado por causas que están encerradas en círculo:

- Animales/mascotas
- Gramas/flores
- Polvo/ácaros
- Humedad
- Ejercicio
- Cambio de temperatura/muy frío o muy caliente
- Comidas: _____
- Cucarachas
- Tiza/polvo de tiza
- Tensión emocional
- Olores fuertes/perfume
- Humo de cigarrillo

Mi Hijo/a:

- Es examinado regularmente por el médico por asma Si No
- Necesita medicina de emergencia dos o más veces por semana Si No
- Se despierta durante la noche tosiendo dos o más veces en el mes Si No
- Ha sido visto en Emergencia por Asma el año pasado Si No
- Estuvo hospitalizado por asma El año pasado Si No

Mi Hijo/a:

- Usa el adaptador con la medicina administrada en el inhalador Si No
- Usa el medidor de respiración para controlar el asma Si No
- El rango normal es _____
- Necesita medicina de emergencia cuando el medidor de respiración es menos de _____
- Necesita atención médica cuando el medidor de respiración es menos _____