ASTHMA ASSESSMENT FORM

HEALTH SERVICES
SCHOOL DISTRICT U-46

Año Escolar: _____ Grado/Maestro: _____

Nombre del Estudiante: _____ID#:_____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número / Calle # de Apartamento Ciudad Código Postal

De acuerdo a nuestros registros, su hijo tiene un historial del síndrome respiratorio. Para que el personal escolar pueda mejor entender su estatus actual, por favor complete la siguiente información. También se ha incluido el plan de tratamiento para que el medico complete durante su próxima cita.

PADRES FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Diagnóstico: _____Edad o año en que fue diagnosticado_____

¿Aún le molestan los síntomas respiratorios a su hijo?__No__Sí

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____

Nombre del Médico: _____

Grupo Médico_____ Teléfono: ( ) _____

Nombre del Médico Especializado: _____

Grupo Médico_____ Teléfono: ( ) _____

¿Qué tan frecuente visita su hijo el médico por sus síntomas respiratorios? _____

¿Su hijo ha sido hospitalizado por sus síntomas respiratorios? No Sí Si contesto sí, favor de explicar:

_____

¿Qué provoca un episodio Respiratorio (marque todas las que apliquen)?

☐ Comida ☐ Alergias ☐ Infecciones ☐ Irritantes ☐ Resfriado/Infección del tracto respiratorio superior

☐ Medicinas ☐ Ejercicios ☐ Caspa de Animales ☐ Clima ☐ Otro: _____

Favor de nombrar todos los medicamentos que su hijo toma en casa y en la escuela por su diagnóstico:

Nombre_____ Dosis _____ Frecuencia_____

Nombre_____ Dosis _____ Frecuencia _____

Nombre_____ Dosis _____ Frecuencia _____

¿Se le ha recetado o dado una **cámara de inhalación** para usar con su inhalador?__No Sí

¿Su hijo utiliza un medidor de la capacidad pulmonar máxima? ☐No ☐Sí Mejor Medida_____

¿Necesitará el medidor en la escuela? ☐No ☐Sí (el padre lo proveerá) Frecuencia_____

¿Su hijo utiliza oxigeno? ☐No ☐Sí ¿Necesitará el oxígeno en la escuela? ☐No ☐Sí

¿Qué tan frecuente tiene su hijo un síntoma respiratorio durante el **DÍA**?

☐ 2 veces o menos por semana ☐ Diario ☐ Más de 2 veces por semana ☐ Continuo

¿Qué tan frecuente tiene su hijo un síntoma respiratorio durante la **NOCHE**?

☐ 2 veces o menos por mes ☐ 3-4 veces a mes ☐ 5 veces o más por mes ☐ Continuo

Entiendo que es mi responsabilidad mantener al personal de la escuela de mi hijo informado sobre algún cambio en su condición médica y notificarlos de inmediato. Si el tratamiento ha cambiado o se ha modificado debo completar una nueva forma. Entiendo que la información debe ser actualizada cada año escolar. Le doy permiso a la enfermera de comunicarse con el médico cuando sea necesario sobre alguna preocupación de salud referente a mi hijo.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Mes//Día / Año