

STUDENT ASTHMA INFORMATION
INFORMACIÓN SOBRE ASMA DEL ALUMNO

(Medically Confidential Material)
(Información médica confidencial)

Place Student's
Picture Here

PLEASE PRINT: Escriba en letra de molde:

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____
Nombre del alumno: _____ *Fecha de nacimiento:* _____

Teacher Name: _____ **Grade:** _____
Nombre del maestro: _____ *Grado:* _____

ATTACH COPY OF STUDENT EMERGENCY CARD FOR ADDITIONAL INFORMATION
PARA MAYOR INFORMACIÓN, ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DE EMERGENCIA DEL ALUMNO

ASTHMA: a disorder involving the respiratory system and air exchange.
ASMA: una afección médica que afecta el sistema respiratorio y el intercambio de aire.

Describe your child's asthma episode (e.g., rests, takes medicines, sees doctor, visits emergency room, is hospitalized):
Describe qué hace en respuesta a un episodio de asma de su hijo (ej. descansa, toma medicamentos, va al médico, va a la sala de urgencias, es hospitalizado):

How often does your child have an episode? _____ **x week** _____ **x month** _____ **x year**
¿Con qué frecuencia tiene su hijo episodios de asma? _____ *x semana* _____ *x mes* _____ *x año*

What usually causes (triggers) an episode? _____
¿Qué causa (desencadena) generalmente un episodio de asma?

What usually helps if an episode occurs? _____
¿Normalmente, qué ayuda si ocurre un episodio de asma?

What is child's current personal best peak flow? _____ **Date** _____
¿Cuál es en la actualidad su mejor flujo espiratorio máximo (peak flow)? _____ *Fecha* _____

How often does your child do peak flows? _____
¿Con qué frecuencia mide su hijo su flujo espiratorio máximo (peak flow)?

PEAK FLOW ZONES <i>ZONAS DE FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO</i>	TREATMENT PLAN <i>PLAN DE TRATAMIENTO</i>
GREEN ZONE (ZONA VERDE) _____ to _____ Peak flow 80-100% of personal best <i>Flujo espiratorio máximo (peak flow) entre 80-100% de la mejor medida personal</i>	Long-term Control - Daily Medications <i>Control a largo plazo - Medicamentos diarios</i>
	Medication(s) ➔ _____ <i>Medicamento(s)</i> _____ See Daily Management Regimen below. <i>Vea más adelante el Régimen de mantenimiento diario.</i> Before exercise ➔ <input type="checkbox"/> 2 or <input type="checkbox"/> 4 puffs of _____ <i>Antes de hacer ejercicio</i> <input type="checkbox"/> 2 ó <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones de _____ _____ minutes before exercise <i>minutos antes de hacer ejercicio</i>
YELLOW ZONE (ZONA AMARILLA) _____ to _____ Peak flow 50-80% of personal best <i>Flujo espiratorio máximo (peak flow) entre 50-80% de la mejor medida personal</i>	Quick Relief - For Mild/Moderate Symptoms <i>Alivio rápido - Para síntomas leves/moderados</i>
	First, take this medicine ➔ _____ <i>Primero tome este medicamento</i> <input type="checkbox"/> 2 or <input type="checkbox"/> 4 puffs or <input type="checkbox"/> by nebulizer one time <input type="checkbox"/> 2 ó <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones o <input type="checkbox"/> una vez por nebulizador
	Then, if improvement in 15 minutes ➔ _____ <i>Luego, si mejora en 15 minutos</i> If no improvement in 15 minutes ➔ _____ <i>si no mejora en 15 minutos</i>
RED ZONE (ZONA ROJA) Below (Menos de) _____ Peak flow less than 50% of personal best <i>Flujo espiratorio máximo (peak flow) menos del 50% de la mejor medida personal</i>	ALERT - For Severe Symptoms <i>ALERTA - Para síntomas severos</i>
	First, take this medicine ➔ _____ <i>Primero tome este medicamento</i> <input type="checkbox"/> 2 or <input type="checkbox"/> 4 puffs or <input type="checkbox"/> by nebulizer one time <input type="checkbox"/> 2 ó <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones o <input type="checkbox"/> una vez por nebulizador
	If feeling better or repeat peak flow is in yellow zone ➔ _____ <i>Si se siente mejor, o el flujo espiratorio máximo repetido está en la zona amarilla</i> If no improvement or repeat peak flow is in red zone or nails or lips are blue or breathing is difficult ➔ _____ <i>Si no mejora, o el flujo espiratorio máximo repetido está en la zona roja, o las uñas o labios se tornan azules, o le es difícil respirar</i>

CALL 911!
LLAME AL 911

Daily management regimen: Régimen de mantenimiento diario:

Medication Medicamento	Dosage Dosis	Time(S) Hora(S)	Route Vía	Taken At School Se toma en la escuela	
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No

Side effects to any asthma medication(s):

Efectos secundarios de cualquier medicamento(s) para el asma:

Medication: The parent/guardian shall provide the school nurse with medication for this condition to be administered Yes *Sí* No

Medicamento: PRN (on an as needed basis).

El padre/ tutor proporcionará a la enfermera escolar el medicamento para esta afección, para ser administrado PRN (cuando sea necesario).

Additional medications: Medicamentos adicionales:

Medication Medicamento	Dosage Dosis	Time(S) Hora(S)	Route Vía	Taken At School Se toma en la escuela	
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No

Side effects to additional medication(s):

Efectos secundarios de cualquier medicamento adicional:

Does exercise affect your child's asthma? Yes *Sí* No

¿El ejercicio afecta el asma de su hijo?

If YES, list types of exercise.

Si responde afirmativamente, enumere los tipos de ejercicio.

NOTE: If your child is unable to participate in physical education activities for a period of longer than three (3) consecutive days as a result of this condition, a written excuse from your child's physician must be obtained.

NOTA: Si el menor no puede participar en actividades de educación física por un tiempo mayor de tres (3) días consecutivos, como resultado de esta afección, es necesario obtener una excusa por escrito del médico de su hijo.

In which sports can your child fully participate?

¿En cuáles deportes puede participar por completo su hijo?

Do certain weather conditions/seasons affect your child's asthma? Yes *Sí* No

¿Hay ciertas condiciones del clima/ las estaciones, que afectan el asma de su hijo?

If YES, please explain.

Si responde afirmativamente, explique.

Additional information/special instructions (e.g., Are there any objects, items, or animals in the classroom environment that might aggravate your child's asthma?):

Información/ instrucciones especiales adicionales (ej. ¿Hay objetos o animales en el salón de clases que pudieran agravar el asma de su hijo?):

Could this physical impairment substantially limit a major life activity? No Yes *Sí*

¿Este trastorno físico podría limitar considerablemente una actividad fundamental de la vida?

Special instructions from physician (if needed):

Instrucciones especiales del médico (si se necesitan):

Release of information: The undersigned parent/guardian authorizes the release and/or exchange of medical information between the school nurse and my child's physician named below as it relates to this medical condition. I further authorize the school nurse to distribute copies of this document in accordance with the distribution list below to ensure the safe and proper care of my child while being transported to and from school as well as during school hours. I understand that professional staff will use the medical information given or received and that this information will not be released to any other party not designated herein.

Dar a conocer información: El padre de familia/ tutor legal abajo firmante autoriza a comunicar y/ o intercambiar información médica entre la enfermera escolar y el médico de mi hijo(a) arriba indicado, en lo relacionado a esta afección médica. También autoriza a la enfermera escolar a que distribuya copias de este documento de acuerdo a la lista de abajo, para garantizar el cuidado seguro y apropiado de mi hijo(a) mientras sea transportado(a) a la escuela y desde ella, lo mismo que durante horas de clase. Entiendo que el personal profesional usará la información médica dada o recibida y que esta información no se dará a ninguna otra persona o grupo que no esté designado en este documento.

Physician Name: _____

Nombre del médico:

Physician Phone Number: _____

Teléfono del médico:

Physician FAX Number: _____

Número de FAX del médico:

Parent/Guardian Signature

Firma de uno de los padres/ tutor legal

Date

Fecha