

Parent/Guardian Asthma Questionnaire

It has come to our attention that your child has asthma or breathing problems. The school nurse needs more information on your child's asthma or breathing problems. This will help us take care of your child at school. **Please complete both sides of this form.**

Child's Name _____ Grade _____ ID # _____ Date _____

Parent/Guardian _____ Home Phone Number (_____) _____

Work Number (_____) _____ Cell/Pager Phone Number (_____) _____

Where does your child receive his/her asthma care: (Name of clinic) _____

Name of Physician or Nurse Practitioner _____ Clinic Phone # _____

Name of Insurance _____. If none, do you want information on free / low cost insurance? 1₁ Yes 1₀ No

1. Please circle if your child's asthma is severe or not severe or anywhere in between (circle #):

1	2	3	4	5
Not severe			Severe	

2. How many days did your child miss school **last year** due to his/her asthma?
 0 days 1 – 2 days 3-5 days 6-9 days 10-14 days 15 or more days

3. How many times has your child been hospitalized overnight or longer for asthma in the **past 12 months**?
 0 times 1 time 2 times 3 times 4 times 5 or more times

4. How many times has your child been treated in the Emergency Department for asthma in the **past 12 months**?
 0 times 1 time 2 times 3 times 4 times 5 or more times

5. What triggers your child's asthma or makes it worse?

<input type="checkbox"/> Smoke	<input type="checkbox"/> Chalk / chalk dust
<input type="checkbox"/> Animals / pets	<input type="checkbox"/> Strong smells / perfume
<input type="checkbox"/> Dust / dustmites	<input type="checkbox"/> Foods (which ones: _____)
<input type="checkbox"/> Cockroaches	<input type="checkbox"/> Having a cold / respiratory illness
<input type="checkbox"/> Grass / flowers	<input type="checkbox"/> Stress or emotional upsets
<input type="checkbox"/> Mold	<input type="checkbox"/> Changes in weather / very cold or hot air
	<input type="checkbox"/> Exercise, sports, or playing hard

6. Does anybody in the household smoke? ₁ Yes ₀ No

7. For each season of the year, to what extent does your child usually have asthma symptoms? (Mark an X for each season below)

	A lot	A little	None
Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. In the past month, during the day, how often has your child had a hard time with coughing, wheezing or breathing,?
 2 times a week or less More than 2 times a week Every day (at least once every day) Constantly (all of the time every day)

9. In the past month, during the night, how often does your child wake up or have a hard time with coughing, wheezing or breathing,?
 2 times a month or less More than 2 times a month More than 2 times a week Every night

10. Does your child have a written Asthma Action Plan? Yes No Don't know

11. Does your child use a peak flow meter (something he/she blows into to check his/her lungs)? Yes No Don't know

12. Do you know what your child's personal best peak flow number is? Yes → what is it? _____ No

13. Please list the medications your child takes for asthma or allergies (everyday and as needed) **or include a copy of your child's asthma action plan.**

Medications Taken at Home

Medications to be Taken at School

I GIVE CONSENT FOR THE ADMINISTRATION OF THE ABOVE MEDICATIONS AT SCHOOL

parent/guardian signature _____

***I UNDERSTAND THAT I ALSO NEED SIGNED PERMISSION FROM MY CHILD’S HEALTH CARE PROVIDER TO ADMINISTER MEDICATION AT SCHOOL (a signed asthma action plan will suffice).**

Please list anything else you use for your child’s asthma (tea, herbs, home remedies, etc.): _____

14. How well does your child take his/her asthma medications?
 Can take medicine by self Forgets to take medicine Needs help taking medicine Not using medicine now
15. Does your child usually use a spacer or holding chamber with his metered dose inhaler (a clear tube that attaches to the inhaler and better helps the inhaled medicine get into the lungs)?
 Yes No Don't know He/she uses a dry powdered inhaler so he/she doesn't need a spacer
16. During the past year has your child’s asthma ever stopped him/her from taking part in sports, recess, physical education or other school activities?
 Yes No Don't know
17. Do you want to talk to the school nurse more about asthma? Yes No
If so, what is the best time to call you?: Morning Afternoon Evening

Please call the Licensed School Nurse with questions:

Nurse's name _____

Phone # _____ Pager # _____

M.I. = Mild Intermittent; Mi.P. = Mild Persistent; Mo.P. = Moderate Persistent; S.P. = Severe Persistent]

Thank you **Turn Page Over** **Questionnaire.**

Cuestionario del asma para padres o tutores

Se nos ha informado que su hijo tiene problemas respiratorios o de asma: La enfermera de la escuela necesita más información sobre dichos problemas respiratorios de su hijo. Esto nos ayudará a cuidarlo en la escuela. **Sírvase completar ambas caras de este formulario.**

Nombre del niño _____ Grado _____ ID # _____ Fecha _____

Padre/Tutor _____ N° de teléfono particular (_____) _____

N° de teléfono del trabajo (_____) _____ N° de teléfono celular / localizador (_____) _____

Lugar donde su hijo recibe atención para el asma: (Nombre de la clínica) _____

Nombre del médico o de la enfermera especializada _____ N° de teléfono de la clínica _____

Nombre del seguro _____. Si no tiene, ¿desea información de opciones de seguros gratuitos o de costo módico? Sí No

6. Encierre en un círculo (el N°) si el asma de su hijo es grave, si no es grave o si está en un punto intermedio : 1₁ 2₂ 3₃ 4₄ 5₅
No grave Grave

7. ¿Cuántos días faltó su hijo a la escuela **el año pasado** debido a su asma?
 0 días 1 a 2 días 3 a 5 días 6 a 9 días 10 a 14 días 15 días o más

8. ¿Cuántas veces se ha hospitalizado su hijo por una noche o más debido al asma en **los últimos 12 meses**?
 0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más

9. ¿Cuántas veces se ha tratado a su hijo en el Servicio de urgencias debido al asma en **los últimos 12 meses**?
 0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más

10. ¿Qué provoca el asma de su hijo o qué lo empeora?

<input type="checkbox"/> 1 Humo <input type="checkbox"/> 2 Animales / mascotas <input type="checkbox"/> 3 Polvo / ácaros <input type="checkbox"/> 4 Cucarachas <input type="checkbox"/> 5 Pasto / flores <input type="checkbox"/> 6 Moho	<input type="checkbox"/> 7 Tiza / polvo de la tiza <input type="checkbox"/> 8 Olores fuertes / perfumes <input type="checkbox"/> 9 Alimentos (cuáles: _____) <input type="checkbox"/> 10 Resfríos / enfermedades respiratorias <input type="checkbox"/> 11 Estrés o disgustos <input type="checkbox"/> 12 Cambios en el clima / aire muy caliente o frío <input type="checkbox"/> 13 Ejercicios, deportes o juego brusco
---	--

6. ¿Alguien de su familia fuma? Sí No

11. Para cada estación del año, ¿con qué frecuencia presenta su hijo síntomas de asma generalmente? (Marque con una X la alternativa correcta frente cada estación)

	Mucho	Poco	Nunca
Otoño	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Invierno	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Primavera	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Verano	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

12. En el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo su hijo problemas de tos, silbido al respirar o dificultad para respirar durante el día, ?

1 2 veces a la semana o menos 2 Más de dos veces a la semana 3 Todos los días (al menos una vez al día) 4 Constantemente (siempre durante todo el día)

13. En el último mes, ¿con qué frecuencia su hijo tuvo problemas o se despertó por la tos, silbido al respirar o dificultad para respirar durante la noche, ?

1 2 veces al mes o menos 2 Más de dos veces al mes 3 Más de dos veces a la semana 4 Todas las noches

14. ¿Tiene su hijo un plan escrito de acción contra el asma? Sí No No lo sé

11. ¿Utiliza su hijo un medidor de flujo de aire máximo (un instrumento en el que sopla para controlar sus pulmones)? Sí No No lo sé

12. ¿Sabe usted cuál es el mejor número de flujo de aire de su hijo? Sí → ¿cuál es? _____ No

17. Indique los medicamentos que toma su hijo para el asma o alergias (diariamente y según necesidad) **o incluya una copia del plan de acción contra el asma de su hijo.**

MEDICAMENTOS QUE TOMA EN CASA

MEDICAMENTOS QUE DEBE TOMAR EN LA ESCUELA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO TOMA	CUÁNDO LO DEBE TOMAR

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ANTES SEÑALADOS EN LA ESCUELA

_____ (Firma del padre o tutor)

***COMPRENDO QUE TAMBIÉN NECESITO EL PERMISO FIRMADO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DE MI HIJO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA (un plan de acción contra el asma firmado será suficiente).**

Indique cualquier otra cosa que su hijo utilice para el asma de (té, hierbas, remedios caseros, etc.) _____

18. ¿Qué tan bien se toma su hijo los medicamentos para el asma?

1 Toma los medicamentos por sí mismo 2 Se le olvida tomar los medicamentos 3 Necesita ayuda para tomar los medicamentos 4 No está usando medicamentos

19. ¿Usa su hijo un espaciador o cámara de retención con su inhalador de dosis fija (un tubo transparente que se adhiere al inhalador y ayuda a que el medicamento inhalado llegue a los pulmones)?

1 Sí 0 No 2 No lo sé 2 Utiliza un inhalador de polvo seco por lo que no necesita un espaciador

20. ¿Durante el año pasado, alguna vez el asma le ha impedido a su hijo participar en deportes, recreo, educación física u otra actividad escolar?

1 Sí 0 No 2 No lo sé

17. ¿Le gustaría hablar con la enfermera de la escuela sobre el asma? 1 Sí 0 No

Si es así, ¿cuál es el mejor momento para llamarlo? 1 En la mañana 0 En la tarde 2 En la noche

Si tiene alguna duda no dude en llamar a la enfermera titulada de la escuela:

Nombre de la enfermera _____

Nº de teléfono _____ N° Localizador _____

For office use only: Student Symptom Severity assessment:	
8. _____	Mi. _____
	Mi. P. _____
9. _____	Mo.P. _____
	S.P. _____

Gracias por llenar este cuestionario.