

Formulario de actualización anual de información sobre el asma

Estudiante: _____ Grado: ____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: ____

El propósito de este formulario es obtener una actualización del asma de su estudiante. Por favor, responda lo mejor que pueda y devuelva este formulario a la enfermera de la escuela.

 1. ¿Ha tenido su estudiante alguna agudización del asma este año? (es decir, síntomas no controlados en casa, hospitalizaciones, llamadas al 911, etc.) NO Sí, por favor explique: _____

 2. ¿Ha cambiado algo con el asma de su estudiante en el último año? (es decir, causas o síntomas, proveedores de atención médica, nuevo medicamento, etc.) NO Sí, por favor explique: _____

 3. En el **último año**, cuántas veces ha estado su estudiante:

NINGUNA	UNA VEZ	2-4	>4
---------	---------	-----	----

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Hospitalizado(a) una noche o más por asma: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Atendido(a) en una sala de urgencias: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Atendido(a) en un consultorio médico por asma no rutinaria: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Bajo esteroides recetados por una agudización del asma: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

 *Si es más que ninguna vez, explique: _____

4. CAUSAS ACTUALES: (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> *El asma de mi estudiante es inducido SOLO por el ejercicio	<input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias
<input type="checkbox"/> Alérgenos: <input type="checkbox"/> ácaros del polvo <input type="checkbox"/> polen <input type="checkbox"/> hierba <input type="checkbox"/> árboles <input type="checkbox"/> moho <input type="checkbox"/> caspa de mascotas <input type="checkbox"/> alimentos: _____	<input type="checkbox"/> El tiempo: <input type="checkbox"/> aire frío <input type="checkbox"/> cambios en el tiempo
<input type="checkbox"/> Irritantes del aire: <input type="checkbox"/> humo del cigarro <input type="checkbox"/> contaminación del aire <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> humo de incendios forestales <input type="checkbox"/> olores/vapores/fragancias fuertes	<input type="checkbox"/> Emociones fuertes <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> La risa <input type="checkbox"/> Otros: _____

 5. ¿Ha habido algún cambio en los síntomas típicos del asma de su estudiante? NO Sí, describa: _____

EFECTO DEL ASMA (en el último año)

6. Con que frecuencia su estudiante tiene: Síntomas durante el día: _____ veces/semana

Síntomas nocturnos: _____ veces/semana

 7. ¿El sueño de su estudiante se ve interrumpido por los síntomas del asma? NO Sí

 8. ¿Su estudiante limita o modifica la actividad física debido al asma? NO Sí, explique: _____

TRATAMIENTO Y CONTROL DEL ASMA

 9. Por favor, enumere TODO el medicamento actual que su estudiante toma para el asma y las alergias: _____

10. Normalmente, ¿con qué frecuencia utiliza su estudiante un inhalador de rescate (por ejemplo, Albuterol)?

De día: _____ por semana De noche: _____ por semana

11. ¿Cuándo fue la última vez que su estudiante utilizó un inhalador de rescate (por ejemplo, Albuterol)? _____

 12. Si su estudiante tiene asma inducida por el ejercicio, ¿utiliza un inhalador antes del ejercicio? N/A NO Sí

PLANEACIÓN ESCOLAR (si recibe este formulario al final del año, complételo pensando en el próximo año escolar)

13. ¿Proporcionará medicamentos para que los guarden en la escuela? NO Sí *

**Se requiere un nuevo formulario de autorización de medicamentos firmado por un profesional de la salud y por los padres cada año escolar.*

14. ¿Tiene previsto que su estudiante lleve consigo un inhalador de rescate cuando vaya a la escuela? NO Sí *

** La decisión final depende del nivel de desarrollo del estudiante y de la aprobación de la enfermera, el profesional de la salud y los padres.*

15. Control del entorno escolar (*marque los que correspondan a la necesidad de su estudiante*):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Modificar el recreo/educación física* | <input type="checkbox"/> Usar medicamento antes del ejercicio* | |
| <input type="checkbox"/> Observar los efectos secundarios del medicamento | | |
| <input type="checkbox"/> Acceso libre al agua | <input type="checkbox"/> Evitar ciertos alimentos | <input type="checkbox"/> Transporte especial a/de la escuela* |
| <input type="checkbox"/> Evitar animales en la escuela | <input type="checkbox"/> Evitar olores fuertes | <input type="checkbox"/> Necesita una planificación especial para excursiones |

**Requiere una nota de un profesional de la salud*

16. Participará su estudiante en deportes/actividades después de la escuela? NO Sí *, ¿cuál? _____

**Los padres deben informar al adulto de la condición del estudiante. *Las actividades no patrocinadas por la escuela requieren un medicamento por separado proporcionada por los padres.*

COORDINACIÓN DE CUIDADO

17. ¿Qué profesional de la salud se encarga actualmente del asma de su estudiante? _____

18. ¿Tiene su estudiante seguro médico? NO Sí, ¿cuál? _____

19. ¿Tiene algún problema para conseguir medicamento para el asma o para ponerse en contacto con un médico?

NO Sí: _____

Firma del padre/tutor y relación

Fecha

Dirección de correo electrónico