

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

La siguiente información ayudará a la enfermera a determinar las necesidades especiales de su hijo en la escuela. Por favor, responda a las preguntas lo mejor que pueda y devuelva este formulario a la enfermera de su escuela.

HISTORIAL DEL ASMA

- ¿Desde cuándo tiene su hijo(a) asma? _____ ¿Cuándo se le diagnosticó? _____
- Alguna vez** su estudiante ha experimentado o ha tenido un historial de:
 - Ataques de asma graves y repentinos NO SÍ
 - Llamada al 911 debido a síntomas de asma NO SÍ
 - Intubación previa/ventilación mecánica NO SÍ
 - Ingreso previo en una unidad de cuidados intensivos NO SÍ
 - Ingreso previo a un hospital NO SÍ
 - Uso de esteroides orales NO SÍ

*Si responde **SÍ** a alguna de las anteriores, explique: _____

- ¿Ha visto su estudiante a un especialista del asma o las alergias? NO YES

- ¿Se han realizado pruebas de alergia? NO SÍ Cuando? _____ ¿Alergenos positivos? _____ **PERFIL DEL ASMA**

- GRAVEDAD: Marque la casilla apropiada que describa los síntomas de su estudiante:

	Gravedad	Síntomas	Uso de inhaladores de corta duración	Síntomas nocturnos
<input type="checkbox"/>	Leve intermitente	<ul style="list-style-type: none"> • 2 o menos días por semana • No interfieren con la actividad normal 	2 or fewer days per week	2 o menos veces al mes
<input type="checkbox"/>	Moderada persistente	<ul style="list-style-type: none"> • > 2 días por semana, pero no a diario • Limitaciones menores a la actividad normal 	> 2 días por semana, pero no a diario	3 - 4 veces al mes
<input type="checkbox"/>	Moderada persistente	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas diarios • Alguna limitación a la actividad normal 	Diario	> 1 vez por semana, pero no todas las noches
<input type="checkbox"/>	Grave persistente	<ul style="list-style-type: none"> • Durante todo el día • Limitación extrema a la actividad normal 	Varias veces al día	A menudo, a veces todas las noches

- En el **último año**, cuantas veces ha estado su estudiante:

	NINGUNA	UNA VEZ	2-4	>4
• Hospitalizado(a) una noche o más por asma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atendido(a) en una sala de urgencias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atendido(a) en un consultorio médico por asma no rutinaria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bajo esteroides recetados por una agudización del asma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- CAUSAS: (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"/> El tiempo: <input type="checkbox"/> aire frío <input type="checkbox"/> cambios en el tiempo
<input type="checkbox"/> caspa de mascotas <input type="checkbox"/> alimentos: _____	
<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"/> Emociones fuertes <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> La risa
<input type="checkbox"/> humo de incendios forestales <input type="checkbox"/> olores/vapores/fragancias fuertes	<input type="checkbox"/> Otros: _____

- SINTOMAS: (marque todos los que correspondan)

Los primeros síntomas:

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> tos | <input type="checkbox"/> tos persistente | <input type="checkbox"/> sibilancias | <input type="checkbox"/> disminución del ejercicio | <input type="checkbox"/> falta de aire |
| <input type="checkbox"/> opresión en el pecho | <input type="checkbox"/> picazón y ojos llorosos | <input type="checkbox"/> picazón en la garganta/barbilla | <input type="checkbox"/> congestión/escurreniento nasal | <input type="checkbox"/> irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> disminución del apetito | <input type="checkbox"/> fatiga | <input type="checkbox"/> dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> dolor de estómago | <input type="checkbox"/> cambio de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> disminución del flujo máximo: _____ | <input type="checkbox"/> otro: _____ | Síntomas graves: | | |

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> falta de aire | <input type="checkbox"/> tos incesante | <input type="checkbox"/> vómitos por la tos | <input type="checkbox"/> sibilancias con inhalación/exhalación |
| <input type="checkbox"/> respiración rápida | <input type="checkbox"/> opresión en el pecho | <input type="checkbox"/> tirón de los músculos del pecho/cuello | <input type="checkbox"/> no puede hablar en oraciones completas |
| <input type="checkbox"/> aleteo nasal | <input type="checkbox"/> ansiedad/temor | <input type="checkbox"/> transpiración/piel húmeda | <input type="checkbox"/> cambio de color de la piel |

fatiga escupir mucosidad disminución del flujo máximo: _____ otro: _____

EFECTO DEL ASMA (respuesta basada en el último año)

9. ¿Con que frecuencia su estudiante tiene síntomas?
Durante el día: _____ veces/semana Durante la noche: _____ veces/semana
10. ¿El sueño de su estudiante se ve interrumpido por los síntomas del asma? NO SÍ
11. ¿Su estudiante limita o modifica la actividad física debido al asma? NO SÍ, Explique: _____

TRATAMIENTO Y CONTROL DEL ASMA

12. ¿Qué hace su estudiante en casa para controlar los síntomas del asma? (marque todo lo que corresponda):
 medicamento descanso/relajación beber líquidos ejercicios de respiración remedios herbales otro: _____
13. **Medicamento y plan de tratamiento:** Sírvase anotar TODO el medicamento que su estudiante toma para el asma y las alergias.

Nombre del medicamento	Dosis	Hora	Indicaciones para tomar	Donde se toma
		<input type="checkbox"/> Diario (Hora: _____) <input type="checkbox"/> Según sea necesario		<input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> En la escuela*
		<input type="checkbox"/> Diario (Hora: _____) <input type="checkbox"/> Según sea necesario		<input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> En la escuela*
		<input type="checkbox"/> Diario (Hora: _____) <input type="checkbox"/> Según sea necesario		<input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> En la escuela*

**Cualquier medicamento que se mantenga en la escuela requiere una autorización de medicamento por separado firmada por un profesional de la salud y por los padres.*

14. Normalmente, ¿con qué frecuencia utiliza su estudiante un inhalador de rescate (por ejemplo, Albuterol)?
De día: _____ por semana De noche: _____ por semana
15. ¿Cuándo fue la última vez que su estudiante utilizó un inhalador de rescate (por ejemplo, Albuterol)? _____
16. Si su estudiante tiene asma inducida por el ejercicio, ¿utiliza un inhalador antes del ejercicio? N/A NO SÍ
17. ¿Usa su estudiante un medidor de flujo máximo? NO SÍ

PLANEACIÓN ESCOLAR

18. ¿Proporcionará medicamentos para que los guarden en la escuela? NO SÍ *
** requiere una orden de medicamentos firmada por un profesional de la salud.*
19. ¿Proporcionara alguno de los siguientes artículos para la escuela? espaciador nebulizador flujo máximo
 medicamentos/suministros en caso de desastre
20. ¿Qué nivel de independencia tiene su estudiante para tomar su medicamento? completamente independiente se administra el medicamento con la supervisión de un adulto un adulto le administra el medicamento
21. ¿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.*
22. Puede su estudiante identificar cuándo tiene síntomas de asma y necesita medicamento/ayuda? NO SÍ
23. Control del entorno escolar (marque los que correspondan a la necesidad de su estudiante):
 Modificar el recreo/educación física* Usar medicamento antes del ejercicio*
 Observar los efectos secundarios del medicamento
 Acceso libre al agua Evitar ciertos alimentos Transporte especial a/de la escuela*
 Evitar animales en la escuela Evitar olores fuertes Necesita una planificación especial para excursiones
**Requiere una nota de un profesional de la salud*
24. Participa su estudiante en deporte/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
25. ¿Qué profesional de la salud se encarga actualmente del asma de su estudiante? _____
26. ¿Tiene su estudiante seguro médico? NO SÍ, ¿cuál? _____
27. ¿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