



# Simi Valley Unified School District

Student Support Services 875 E. Cochran St. Simi Valley, CA 93065 805-306-4500

## ASMA – INFORMACIÓN AL DÍA DE SALUD

Estudiante: \_\_\_\_\_ F.D.N.: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Persona llenando este formulario: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**El asma ya no es** un problema activo en mi hijo. Por favor ponga al día esta información en el expediente escolar.

**Los causantes del asma** en mi hijo incluyen:

- Ejercicio       Humo       Polen/plantas       Viento       Resfriado
- Lluvia       Emociones/estrés       Resfriados/infecciones       Animales \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**Síntomas** que mi hijo puede experimentar (marque todos los que apliquen):

- Tos durante el día       Tos durante la noche       Falta de aliento       Silbidos al respirar
- Fatiga       Otro: \_\_\_\_\_

**Gravedad** (marque todos los que apliquen):

**Ponga un círculo en lo apropiado**

- Faltó 0 días a la escuela el año pasado por el asma Medio
- Usa un inhalador de rescate 2 o menos veces a la semana Moderado
- El asma nunca interfiere con los deportes/actividades de juego Grave
- Faltó de 1 a 4 días a la escuela el año pasado por el asma
- Usa un inhalador de rescate 3 o menos veces a la semana
- Toma medicina todos los días para controlar los síntomas
- Faltó 5 días o más a la escuela el año pasado por el asma
- Terminó en el hospital/sala de emergencia en los últimos dos años

**Medicinas** (actuales):

- \_\_\_\_\_ inhalador de rescate       Singulair/Accolate oral       Inhalador de esteroides       Teofilina
- Aerochamber       Inhalador Intal       Nebulizador       Otro \_\_\_\_\_

**Plan** para el cuidado en la escuela (marque todos los que apliquen):

- No** necesita medicina – solamente los primeros auxilios normales.
- El estudiante tendrá su propio inhalador y tendrá uno extra en la oficina de salud.
- El estudiante guardará la medicina en la oficina de salud.
- Otro: \_\_\_\_\_

**Información adicional:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre de familia o tutor legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

*Por favor entregue este formulario, junto con los formularios de medicina y autorizaciones a la oficina de la escuela.*