

**For Parental Completion Only**

**SCHOOL INFORMATION FORM FOR A STUDENT WITH ASTHMA OR BREATHING PROBLEMS**

Dear Parent/Guardian: It has come to our attention that your child has asthma or breathing problems. The school nurse needs more information to help take care of your child at school. Please complete and return this form to school. If you have any questions, please contact your child's school nurse.

Student Name: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name & Phone #: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name & Phone #: \_\_\_\_\_

Other Emergency Contact Name & Phone #: \_\_\_\_\_

Health Care Provider for asthma & Phone #: \_\_\_\_\_

1. How much does your child's asthma bother or interrupt him/her during normal activities (playing, running around, and sports)?  
Never          Rarely          Sometimes          Often          All of the time

2. How many times has your child been to the emergency department or hospitalized for asthma in the past year?  
\_\_0 times    \_\_1 time    \_\_2 times    \_\_3 times    \_\_4 times    \_\_5 or more times

3. a) What triggers your child's asthma? (Check all that apply)  
 Illness (colds)     Smoke    Allergies:  Cat  Dog  Dust  Mold  Pollen  
 Emotions (crying, laughing, stress)  Exercise/physical activity     Food: \_\_\_\_\_  
 Weather changes     Strong odors/smells    Other: \_\_\_\_\_

b) Does your child have a life threatening allergy or anaphylaxis?  Yes  No  
- If so, is an epi-pen at school?  Yes  No \*If "yes", complete a Severe Allergy Plan available from the school nurse\*

c) Does any one smoke around your child (at home, the care, childcare/sitter, family/friends)?  Yes  No

4. Describe the symptoms your child typically experiences before or during an asthma episode: (Check all that apply)  
 Coughing     Rubbing chin/neck     Clearing the throat  
 Trouble breathing     Breathing hard/fast     Feeling tired/weak  
 Wheezing     Runny nose    Other \_\_\_\_\_

5. Please write the names or colors of medicines (inhalers/puffers, pills, liquids, nebulizers) your child takes for asthma and allergies (the ones every day and as needed).

<b>List</b>	
<b>Names or</b>	
<b>Colors of</b>	
<b>Medicines</b>	
<b>Used</b>	

6. How well does your child take his/her asthma medications? (Check only one answer)?  
\_\_Takes medicine by self    \_\_Needs help taking medicine    \_\_Not using medicine now

7. In the past 4 weeks, how often has your child used a rescue or reliever medicine (a syrup, inhaler, or breathing machine) to relieve coughing, trouble breathing, or wheezing?  
 Never     1-2 days/wk     3 or more days/wk but not everyday     Everyday

8. In the past 4 weeks, how often has your child had coughing, trouble breathing, or wheezing in the morning or during the day?  
 Never     1-2 days/wk     3 or more days/wk but not everyday     Everyday

9. In the past 4 weeks, how often has your child had coughing, trouble breathing, or wheezing at night while sleeping?  
 Never     1-2 times     3 or more times/month     2 or more times/week     Every night

This information may be shared with you health care provider in order to have a complete health care plan.

Guardian name: \_\_\_\_\_ Guardian Signature: \_\_\_\_\_

## Formulario para los Padres Solamente

### PLAN DE CUIDADO PARA UN ESTUDIANTE CON ASMA O PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Querido Padres/Guardián: Ha llegado a nuestra atención que su hijo/a tiene asma o problemas respiratorios. La enfermera de la escuela necesita más información para poder ayudar en el cuidado de su hijo/a en la escuela. Complete esta forma y regresarla a la escuela. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a la enfermera de su escuela.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y Número telefónico del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre y Número telefónico de Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Otro Nombre y Número Telefónico en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre y Numero Telefónico del médico o doctor de su hijo/a: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué tanto le molesta o interrumpe el asma de su hijo/a durante las actividades normales (como jugar, correr, hacer deportes)?  
Nunca                  Rara la vez                  Algunas veces                  Con frecuencia                  Todo el tiempo

2. ¿Cuántas veces a estado su hijo/a en el departamento de emergencias u hospitalizado durante el año pasado?  
\_\_0 veces    \_\_1 vez    \_\_2 veces    \_\_3 veces    \_\_4 veces    \_\_5 veces o más

3. a) ¿Qué provoca el asma de su hijo/a? (marque todo lo que aplique)

- Enfermedades (resfríos)                   Humo                  Alergias:  Gatos  Perros  Polvo  Moho  Polen  
 Emociones (llorar, reír, estrés)                   Ejercicio/actividad física                   Comida: \_\_\_\_\_  
 Cambios en la temperatura ambiental                   Olores fuertes                  Otros: \_\_\_\_\_

b) ¿Tiene su hijo/a alguna alergia o una anafilaxis que ponga la vida en peligro?  Si  No

- Si la respuesta es si: tiene el/ella un auto inyector (epi-pen) en la escuela?  Si  No

\*Si la respuesta es si, complete la forma de Plan de Alergia Severa que la enfermera le proporcionara\*

c) ¿ Fuma alrededor de su niño (en casa, el cuidado, el cuidado de niños/la niñera, la familia/los amigos)?  Si  No

4. Describa los síntomas que su hijo/a típicamente experimenta antes o durante los ataques de asma: (marque todo lo que aplique)  
 Tos                   Comezón de barbilla/cuello                   Aclarar la garganta                   Problemas para respirar  
 Respirando rápido/profundo                   Cansancio o debilidad                   silbido en el pecho  
 Flujo de nariz                   Otro \_\_\_\_\_

5. Por favor escriba los nombres o colores de los medicamentos (inhaladores, pastillas, líquidos, nebulizadores) que su hijo/a toma para el asma y alergias (las que necesita todos los días o cuando sea necesario).

<b>Lista de todos los nombres y colores de las medicinas que utilice</b>	

6. ¿Qué tan bien toma las medicinas su hijo/a para el asma? (marque solamente una)

\_\_\_ Se la toma solo/a    \_\_\_ Necesita ayuda para tomarla    \_\_\_ Ahora no esta tomando medicina

7. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan frecuente ha usado medicamento de rescate o algún calmante (jarabe, inhalador, maquina de nebulizador) para la tos, problema para respirar, o silbido?

Nunca     1-2 dias por semana     3 o mas dias por semana pero no todos los dias     Todos los dias

8. En las últimas 4 semanas, ¿Que tan frecuente tiene su hijo/a tos, problemas para respirar, o silbido en la mañana o durante el día?  Nunca  1-2 dias por semana  3 o mas dias por semana pero no todos los dias  Todos los dias

9. En las últimas 4 semanas, ¿Que tan frecuente tiene su hijo/a tos, problemas para respirar, o silbido en la noche mientras duerme?  Nunca  1-2 veces  3 o mas veces por mes  2 o mas veces por semana  Cada noche

Esta información puede ser compartida con su médico para tener un plan de salud completo.

Nombre de padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ firma de padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_