

ESTUDIANTE CON ASMA

Cuestionario para Padres

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Aula _____
Nombre del padre o madre _____ Tel.: (C) _____ (T) _____
Nombre del doctor del estudiante (del asma) _____ Tel. _____

La siguiente información ayudará a la enfermera de la escuela de su niño(a) y al personal escolar a suplir las necesidades de salud de su niño(a) mientras él o ella está en la escuela. Por favor, responda las preguntas lo mejor que pueda. Si usted desea hablar personalmente acerca del asma de su niño(a) con la enfermera escolar, usted puede comunicarse con ella llamando el:

Nombre de la enfermera _____ Tel. _____ Días _____

1. ¿Por cuánto tiempo ha tenido su niño(a) asma? _____
2. ¿Con qué frecuencia su niño(a) ve a su doctor para evaluaciones de asma rutinarias? _____
3. ¿Cuándo fue su última cita? _____
4. ¿Cuántas veces, durante el año pasado, su niño ha sido tratado en la sala de emergencia u hospitalizado por asma?

5. ¿Cuántos días del pasado año escolar usted estima que su niño(a) faltó a la escuela por problemas de asma? _____
6. ¿Cuántos días a la **semana** tiene su niño(a) síntomas de asma? (Encierre la mejor opción)

Menos de 2 días a la semana	3-6 día a la semana	Diario	Continuo
-----------------------------	---------------------	--------	----------
7. ¿Cuántas noches por **mes** tiene su niño(a) síntomas de asma?

Menos de 2 noches a la semana	3-6 días a la semana	Más de 5 noches al mes	Frecuente
-------------------------------	----------------------	------------------------	-----------
8. ¿Cómo usted calificaría la severidad del asma de su niño(a)?

(No Severo)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(Severo)
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------
9. ¿Cuántas veces al mes usa su niño(a) su inhalador de rescate (i.e. Albuterol)?

3 veces al mes o menos	4-8 veces al mes o menos	9 o más veces por mes
------------------------	--------------------------	-----------------------
10. ¿Qué le provoca ataques de asma a su niño(a)? (Marque todo lo que aplica).

_____ Enfermedad	_____ Moho	_____ Ejercicio
_____ Cambios en la temperatura	_____ Aerosoles/olores	_____ Fatiga
_____ Alimentos	_____ Tensión/emociones	_____ Animales
_____ Polvo de tiza	_____ Alfombra en el aula	_____ Polen
11. ¿Están las alergias de su niño(a) siendo tratadas? Sí _____ No _____
Detalle las alergias detectadas _____

12. ¿Qué hace su niño(a) en la casa para aliviar la sibilancia? (Marque todo lo que aplica).

_____ Ejercicios respiratorios	_____ Toma los siguientes tipos de medicinas	_____ Inhalador
_____ Descanso/relajación		_____ Nebulizador
_____ Toma líquido		_____ Medicamento oral

Otro (por favor, describa) _____

13. Por favor, liste los medicamentos que su niño(a) toma para el asma y/o las alergias (diario y según se necesite).

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

14. ¿Dónde usted quiere que su niño(a) guarde su inhalador durante las horas de clase?

___ Enfermería ___ Consigo mismo(a)

15. ¿Cuáles efectos secundarios, si alguno, tiene su niño(a) de su(s) medicamento(s)? _____

16. ¿Si su niño(a) no responde al medicamento en la escuela, qué le aconseja usted al personal escolar qué haga?

17. ¿Necesita su niño(a) alguna consideración especial con respecto al asma durante las horas de clase? (Marque todo lo que aplica)

- ___ Educación Física modificada _____
- ___ Recreo modificado _____
- ___ Animales en el aula _____
- ___ Abstinencia de ciertos alimentos _____
- ___ Problemas emocionales o de comportamiento _____
- ___ Consideraciones especiales en excursiones escolares _____
- ___ Observación de efectos secundarios de medicamentos _____
- ___ Otra _____

18. ¿Se le ha enseñado a su niño(a) a usar un espaciador u otro aparato con su inhalador? Sí _____ No _____

19. ¿Se le ha enseñado a su niño(a) a usar un medidor de flujo máximo? Sí _____ No _____
Si así es, ¿Sabe usted el flujo espiratorio máximo basal de su niño(a)? _____

20. ¿Ha recibido su niño(a) educación para el manejo del asma? Sí _____ No _____

21. ¿Piensa usted que su niño(a) se abstiene de participar en actividades escolares por causa del asma?
Sí _____ No _____ Si así es, por favor, describa. _____

22. ¿Lleva su niño(a) un brazalete Medic Alert o algo similar para identificarle como asmático?
Sí _____ No _____

23. ¿Hay algo más que desea que el personal escolar sepa acerca del asma de su niño(a)?

¿Se puede compartir esta información con el maestro del aula, el conductor del autobús y demás empleados escolares pertinentes? Sí _____ No _____

Firma del padre o tutor que llenó el cuestionario

Fecha