



Greeley-Evans Weld County School District 6

1025 NINTH AVENUE | GREELEY, COLORADO 80631
970-348-6000 | WWW.GREELEYSCHOOLS.ORG

STUDENT SUPPORT SERVICES

Health Services

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la enfermera de la escuela de su hijo.

Fecha en que llena el formulario: _____ N.º de ID del estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor legal y n.º de teléfono: _____

Nombre de la persona que llena el formulario y parentesco (p.ej. mamá, papá, abuela): _____

Médico tratante del asma (nombre y n.º de teléfono): _____

1. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha ido su hijo a una sala de emergencia /de cuidados urgentes o al médico debido al asma?

- 0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más

2. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha sido hospitalizado su hijo por causa del asma?

- 0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más

3. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado su hijo corticoesteroides orales (prednisona, Orapred) para tratar una crisis asmática?

- 0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más

4. ¿Cuántos días faltó a clases su hijo en los últimos 12 meses debido al asma?

- 0 días 1-2 días 3-5 días 6-10 días 11-15 días 15 o más días

5. ¿Con qué frecuencia ha usado su hijo una medicina de rescate o de alivio (un jarabe, inhalador o máquina para respirar) en las últimas 4 semanas para aliviar la tos, problemas respiratorios o sibilancias?

- Nunca 1-2 días a la semana 3 o más días a la semana pero no todos los días Todos los días

6. ¿En las últimas 4 semanas, con cuánta frecuencia ha tenido su hijo tos, problemas respiratorios o sibilancias en la mañana o durante el día?

- Nunca 1-2 días a la semana 3 o más días a la semana pero no todos los días Todos los días

7. ¿En las últimas 4 semanas, con cuánta frecuencia su hijo se ha despertado en la noche por causa de la tos, problemas respiratorios o sibilancias?

- Nunca 1-2 veces al mes 3 o más veces al mes 2 o más veces a la semana Todas las noches

8. ¿Con qué frecuencia el asma de su hijo ha sido una molestia o ha interrumpido sus actividades normales (jugar, correr y deportes) en las últimas 4 semanas?

- Nunca Rara vez Algunas veces Con frecuencia Todo el tiempo

9. ¿Qué provoca el asma de su hijo? (Marque todas las que correspondan)

- Enfermedad (resfriados) Humo Alergias: Gato Perro Polvo Moho Polen
 Emociones (llorar, reír, estrés) Ejercicio/actividad física Alimentos: _____
 Cambios de tiempo Olores fuertes Otro: _____

10. Escriba los nombres o colores de las medicinas (inhaladores, pastillas, líquidos, nebulizadores) que su hijo toma para el asma y las alergias (las que usa a diario y según sea necesario) y entregue a la enfermera una copia de su plan escrito para el tratamiento del asma.

| | |
|--|--|
| Liste los nombres o colores de las medicinas usadas para el asma | |
| | |
| | |

11. ¿Cómo toma su hijo las medicinas para el asma? (Solo una respuesta)

- Toma la medicina solo Necesita ayuda para tomar la medicina En este momento, no toma medicinas

Firma del padre _____ Fecha _____ Revisado por la enfermera escolar _____ Fecha _____