

## HISTORIA DE ASMA

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado/Maestro: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Numero Telefónico de Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Proveedor Medico \_\_\_\_\_ Su Numero Telefónico \_\_\_\_\_

La edad del alumno cuando le hicieron la diagnosis \_\_\_\_\_

Cuantas veces a ido a las Urgencias debido a su asma en el ultimo año? \_\_\_\_\_

Lo han internado debido a su asma? \_\_\_\_\_

Que tan grave es el asma del alumno? \_\_\_\_\_

(no tan grave) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (grave)

Tache cualquier de los siguientes condiciones que puede provocar el asma a su hijo:

Infeción Respiratorio

Ejercicio (describe) \_\_\_\_\_

Estar en el aire frío

Olores (describe) \_\_\_\_\_

Estrés emocional

Reacciones alérgicas a: \_\_\_\_\_

Fumar

Otro \_\_\_\_\_

Cuantos días faltó su hijo el año pasado en la escuela debido al asma? \_\_\_\_\_

La fecha de su ultimo examen medico para el asma \_\_\_\_\_

Tache los señales que se ve durante un ataque de asma:

Tosiendo

Le falta el aire

Congestionado

La piel o las uñas se ponen de color gris/azul

Se siente con miedo

Otro \_\_\_\_\_

Que medicamentos toma su hijo para el asma ( los de diario y los que se usa solo cuando se ocupa)

| Nombre de Medicamento | Cantidad | Método<br>(inhalador , nebulizador) | Que tan seguido |
|-----------------------|----------|-------------------------------------|-----------------|
|-----------------------|----------|-------------------------------------|-----------------|

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El alumno usa los siguientes artículos para mantener su asma?:

Un aparato que mide los respiros

Una mascara

Un espaciador

Otro sea específico \_\_\_\_\_

El Procedimiento normal para asma en la escuela es:

1. Dejar al alumno usar su medicamento recetado por el medico con ayuda si necesita
2. Apoyar relajación con respirar profundamente y tomar algo calentito
3. Quedar con el alumno y revisarlo para síntomas
  - a. Si las síntomas bajan después de 15 minutos, que regrese al salón
  - b. Si las síntomas quedan igual después de 15 minutos, llamar a padre/tutor para mas instrucciones
  - c. Si síntomas aumenten, llamar a 911, Resucitación si necesario y llamar al padre/tutor

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_