

**Escuelas Públicas de Pennsauken**  
**Departamento de Servicios Especiales**  
**Expediente escolar de asma**

Estimado Padre/Guardián:

Usted nos indicó que su hijo/a padece de asma. Por favor llene el cuestionario a continuación y devuélvalo a la escuela. Yo compartiré esta información con el personal apropiado como lo son los maestros de clase y de educación física.

Por favor notifíqueme de cualquier cambio en el asma de su hijo/a o en el horario de medicación. Gracias

---

Nombre del/ estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico que trata el asma: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

1. Marque cuándo los síntomas de asma ocurren con mayor probabilidad:

Invierno       Primavera       Otoño       Todo el año

2. Marque la frecuencia de los ataques de asma de su hijo/a:

Frecuentemente       Ocasionalmente       Rara vez

3. Marque cuál de los siguientes factores causan asma a su hijo/a:

<input type="radio"/> Ejercicio	<input type="radio"/> Catarros/otras infecciones	
<input type="radio"/> Cambios en temperatura/clima	<input type="radio"/> Polvo de tiza	<input type="radio"/> Emoción/Estrés
<input type="radio"/> Respirar aire frío	<input type="radio"/> Polen(yerbajos/grama/árboles)	<input type="radio"/> Humo
<input type="radio"/> Mascotas	<input type="radio"/> Moho	<input type="radio"/> Otros: _____
<input type="radio"/> Olores fuertes/Perfume	<input type="radio"/> Polvo	<input type="radio"/> Alimento: _____

4. Marque los síntomas de asma de su hijo/a:

<input type="radio"/> Tos	<input type="radio"/> Respiración rápida	<input type="radio"/> Pito al respirar
<input type="radio"/> Irritabilidad	<input type="radio"/> Corto de respiración	<input type="radio"/> Opresión en el pecho
		<input type="radio"/> Otro _____

5. Liste todas las medicinas que su hijo/a toma para el asma o para síntomas de alergia:

	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia
<input type="radio"/> Inhalador	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Nebulizador	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Medicina Oral	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Medicina para la Alergia	_____	_____	_____

6 ¿Requerirá su hijo/a algún medicamento durante las horas de escuela?