

**CHAMBERSBURG AREA SCHOOL DISTRICT**  
**SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA**  
**PLAN DE ACCION EN CASO DE ASMA**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Padres/Guardián \_\_\_\_\_ Tel.de la Casa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo \_\_\_\_\_

Médico que está tratando el asma \_\_\_\_\_ # del Tel. \_\_\_\_\_

1. Brevemente describa qué le causa al niño(a) el síntoma de asma.

\_\_\_\_\_

2. ¿Él/ella hace ejercicios que le ayude a manejar el asma? Si lo hace, por favor describa

\_\_\_\_\_

3. ¿En qué deporte el niño(a) puede participar completamente?

\_\_\_\_\_

4. ¿El ejercicio induce episodios de asma? Si es así, por favor liste los ejercicios.

\_\_\_\_\_

5. ¿Ciertas condiciones del tiempo afectan el asma de su hijo(a)? Si es así, por favor  
Liste aquí esas condiciones.

\_\_\_\_\_

6. Liste los medicamentos que se toman rutinariamente, la dosis, cada cuanto se toma,  
cuando y bajo que circunstancias se le debe dar dosis adicionales

\_\_\_\_\_

7. ¿sufre su hijo(a) efectos secundarios con estos medicamentos? Si es así, por favor  
Describalos aquí \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TURNO**

8. ¿Entiende su hijo(a) el asma y qué debe de hacer él o ella para manejarla?  
\_\_\_Sí\_\_\_No

9. ¿Cómo quiere usted que la escuela trate un episodio de asma si ocurre?

---

---

---

---

---

---

10. ¿Qué tan frecuente su hijo(a) tiene episodios agudos?\_\_\_\_\_

---

11. Si su hijo(a) no responde al medicamento, qué acción le recomienda usted al personal  
De la escuela tome que\_\_\_\_\_

---

---

12. ¿Carga su hijo(a) un inhalador en el bus? \_\_\_Sí\_\_\_No

Comentarios\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Asthma Individualized Care Plan 03/01, 08/02, 04/05

**TURNO**