

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

TURN0