



ESCUELAS DEL ÁREA DE ROUND LAKE

Unidad escolar en la comunidad, Distrito #116

Inspirar y empoderar a los estudiantes para construir un futuro próspero.

Cuestionario de actualización acerca del asma

Nombre del estudiante _____ Grado: _____ Fecha: _____

El distrito escolar tiene registrado en el expediente de su hijo(a), que este sufre de asma. Para poder proporcionarle el mejor cuidado, debemos actualizar anualmente la información médica. Por favor, responda las preguntas a continuación y regrese el cuestionario a la enfermera de la escuela tan pronto como le sea posible. Así mismo, el doctor debe completar el formulario del Plan de Acción para el Asma, el cual le pedimos que también envíe a la escuela. Esta información puede ser compartida con el personal apropiado para asegurar la seguridad de su hijo(a). Muchas gracias.

¿Qué signos suelen presentarse durante un ataque de asma? (Marque todos lo que apliquen)

____ tos ____ dificultad para respirar ____ sibilancia ____ opresión en el pecho

____ Otro: _____

¿Cuáles son los desencadenantes que pueden causar un ataque de asma?

¿Ve su hijo(a) un especialista para el tratamiento del asma? ____Sí ____No

¿Qué medicamentos han sido recetados para el tratamiento del asma?

¿Con que frecuencia su hijo(a) usa el inhalador de acción rápida? (tal como Albuterol)

¿Su hijo(a) ha visitado la sala de emergencia o ha estado hospitalizado debido al asma durante el último año? ____Sí ____No

¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) tuvo un episodio de asma?

¿Qué tratamiento recibió y cómo reaccionó?



ESCUELAS DEL ÁREA DE ROUND LAKE

Unidad escolar en la comunidad, Distrito #116

Inspirar y empoderar a los estudiantes para construir un futuro próspero.

¿El doctor de su hijo(a) ha escrito para el(ella) un Plan de Acción Para el Asma? ____Sí ____No

¿Su hijo(a) necesita tener en la escuela medicamentos para tratar un episodio de asma? ____Sí ____No

Si respondió Si, por favor notifíquelo a la enfermera de la escuela para llenar los formularios apropiados para administración de medicamentos.

¿Su hijo(a) sabe cómo utilizar correctamente su inhalador? Sí No

¿Su hijo(a) llevara consigo mismo su inhalador para el asma? Sí No

¿Va usted a proveer un inhalador para mantener en la enfermería de la escuela? Sí No

Firma del padre_____

Número de teléfono _____

Form reviewed and documentation updated _____

Nurse Signature and Date