

Nombre estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Año lectivo: _____

La siguiente información es útil para enfermería para determinar si su hija/o tiene necesidades especiales en la escuela. Por favor, responda a las preguntas lo mejor que pueda y devuelva este formulario a la enfermería de la escuela.

ASMA/ANTECEDENTES MÉDICOS

- ¿Cuánto tiempo lleva su hija/o con asma? _____ ¿Cuándo le diagnosticaron? _____
- ¿Ha experimentado su hija/o **alguna vez** o ha tenido antecedentes de:

• ¿Ataques de asma severos y repentinos? ☐ NO ☐ SÍ	• ¿Ingreso previo en una UCI? ☐ NO ☐ SÍ
• ¿Han llamado al 911 por síntomas de asma? ☐ NO ☐ SÍ	• ¿Ingreso previo en un hospital? ☐ NO ☐ SÍ
• ¿Intubación previa/ventilación mecánica? ☐ NO ☐ SÍ	• ¿Uso de esteroides orales? ☐ NO ☐ SÍ

*Si SÍ a alguno de los anteriores, por favor explique: _____
- ¿Ha visto a su estudiante un especialista por asma o alergias? ☐ NO ☐ SÍ
- ¿Pruebas de alergia hechas? ☐ NO ☐ SÍ, ¿Y CUÁNDO? _____ ¿Alérgenos positivos? _____
- Además del asma, ¿hay otras condiciones médicas de las que debemos estar al tanto? ☐ No ☐ Sí (por ejemplo: anafilaxia, alergias, problemas cardíacos, respiratorios, de salud mental). Si es así, por favor explique: _____

PERFIL DE ASMA

6. GRAVEDAD: Marque la casilla adecuada que describa los síntomas de su alumno:

	Gravedad	Síntomas	Uso de inhaladores de acción corta	Síntomas nocturnos
☐	Leve intermitente	• 2 o menos días a la semana • No interfiere con la actividad normal	2 o menos días a la semana	2 o menos veces al mes
☐	Persistente leve	• > 2 días a la semana, pero no diarios • Limitaciones menores a la actividad normal	> 2 días a la semana, pero no diarios	3 - 4 veces al mes
☐	Persistente Moderada	• Síntomas diarios • Algunas limitaciones a la actividad normal	Diario	> una vez por semana, pero no cada noche
☐	Persistente Severa	• A lo largo del día • Limitaciones extremas a la actividad normal	Varias veces al día	A menudo, a veces todas las noches

7. En el **último año**, ¿cuántas veces ha sido su alumna/o:
- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | NINGUNA | UNA VEZ | 2-4 | >4 |
| • Hospitalizada/o durante la noche o más por asma: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Tratada/o en urgencias: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Tratamiento en la consulta médica para asma no rutinaria: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Corticoides recetados para la exacerbación del asma: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • Ausenta escolar por síntomas relacionados con el asma: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

8. CAUSAS: (marca todo lo que aplica):

☐ Ejercicio ☐ *El asma de mi alumna/o es SOLO por el ejercicio	☐ Infecciones respiratorias
☐ Alérgeno: ☐ ácaros del polvo ☐ polen ☐ , hierba ☐ , árboles, ☐ moho ☐ alimentos ☐ caspa de mascotas:	☐ Clima: ☐ aire frío ☐ cambios en el tiempo
☐ Irritantes del aire: ☐ humo de cigarrillo, ☐ contaminación del aire, ☐ polvo ☐ humo de incendios forestales ☐ olores/vapores/fragancias fuertes	☐ Emociones intensas ☐ estrés ☐ risas
	☐ Otros:

9. SÍNTOMAS: (marca todos los que se aplican)

Síntomas iniciales:

- ☐ Tos
 ☐ Tos persistente
 ☐ Jadeo
 ☐ Disminución del ejercicio
 ☐ Falta de aire
☐ Opresión en el pecho
 ☐ Ojos llorosos/picor
 ☐ Picor en la garganta
 ☐ Nariz tapada/mocosa
 ☐ Irritabilidad
☐ Disminución del apetito
 ☐ Fatiga
 ☐ Dolor de cabeza
 ☐ Dolor de estómago
 ☐ Cambio de comportamiento
☐ Disminución del caudal máximo: _____
 ☐ Otros: _____

Síntomas graves:

- ☐ Falta de aire
 ☐ Tos incesante
 ☐ Vómito por toser
 ☐ Jadeo con inhalación/exhalación
☐ Respiración rápida
 ☐ Opresión en el pecho
 ☐ Tirón hacia adentro del pecho/cuello
 ☐ No puede hablar en frases completas
☐ Brote nasal
 ☐ Ansias/susto
 ☐ Sudor y piel sudorosa
 ☐ Cambio de color de piel
☐ Fatiga
 ☐ Escupiendo moco
 ☐ Disminución del caudal máximo: _____
 ☐ Otros: _____

IMPACTO EN EL ASMA (Respuesta basada en la último año)

10. ¿Con qué frecuencia tiene síntomas su alumna/o? Durante el día: _____ horas/semana Noche: _____ horas/semana
 11. ¿Se ve interrumpido el sueño de su hija/o por síntomas de asma? ☐ NO ☐ SÍ
 12. ¿Su alumna/o limita o modifica la actividad física debido al asma? ☐ NO ☐ SÍ, EXPLIQUE: _____

TRATAMIENTO Y MANEJO DEL ASMA

13. ¿Qué hace tu hijo en casa para controlar los síntomas del asma (revisa todo lo que se aplica):

☐ Medicación
 ☐ Descansar/relajarse
 ☐ Beber líquidos
 ☐ Ejercicios
 ☐ de respiración Remedios
 ☐ herbales Otros: _____

14. **Medicación y plan de tratamiento:** Por favor, enumera TODOS los medicamentos que tu hijo o hija toma **para el asma y las alergias**.

Nombre del medicamento	Dosis	Tiempo	Motivo	Donde se toma
		☐ Diaria (Hora: _____) ☐ según necesario		☐ Escuela ☐ Casa*
		☐ Diaria (Hora: _____) ☐ según necesario		☐ Escuela ☐ Casa*
		☐ Diaria (Hora: _____) ☐ según necesario		☐ Escuela ☐ Casa*

***Cualquier medicamento que se mantenga en la escuela requiere una autorización de medicación separada firmada por un profesional de salud y un/a Madre/padre/tutor.**

15. ¿Cuándo fue la última vez que su alumna/o usó un inhalador de rescate o "cuando fuera necesario" (es decir, Albuterol, Symbicort, Dulera)?
 ¿Cuál fue la razón? _____
 16. Normalmente, ¿con qué frecuencia utiliza su alumna/o un inhalador de rescate o "cuando sea necesario" (es decir, Albuterol, Symbicort, Dulera)?
 Durante el día: _____ Por semana Noche: _____ Por semana
 17. Si tu hijo tiene asma inducida por el ejercicio, ¿usa un inhalador antes de hacer ejercicio (por ejemplo, en deportes, recreo o educación física)?
☐ NO ☐ SÍ, ☐ N/A
☐ A VECES, explícalos: _____
 18. ¿Su alumno usa un medidor de caudal pico? ☐ NO ☐ SÍ

PLANIFICACIÓN ESCOLAR

19. ¿Su hijo/a alguna vez ha tenido un plan de salud en la escuela para el asma? ☐ NO ☐ SÍ
 20. ¿Se proporcionará medicación para que la tenga en la escuela? ☐ NO ☐ SÍ* ***Requiere una orden de medicación firmada por un proveedor.**
 21. ¿Se proporcionará alguno de los siguientes para la escuela? ☐ Espaciador (**recomendado**) ☐ Nebulizador ☐ Medidor de caudal pico
☐ Medicamentos/suministros para desastres
 22. ¿Cuál es el nivel de independencia de su hija/o al tomar su medicación?
☐ Autoadministración completamente independiente ☐ con supervisión de adultos ☐ adulto administra medicación
 23. ¿Tiene pensado que su hija/o lleve un inhalador de rescate por su cuenta en la escuela? ☐ NO ☐ SÍ*
***La decisión final depende de la aprobación del proveedor, la/el Madre/padre/tutor, enfermería y la consideración de madurez del/la estudiante.**

24. ¿Puede su hija/o identificar cuándo tiene síntomas de asma y necesita medicación o ayuda? ☐ NO ☐ SÍ

25. En el entorno escolar, ¿cuáles son las necesidades de su alumna/o? (marque todo lo que aplica):

- ☐ Receso modificado o ed. física* ☐ Premedicación para hacer ejercicio* ☐ Observar los efectos secundarios de la medicación
☐ Acceso libre al agua ☐ Evitar ciertos alimentos ☐ Necesita una planificación especial para excursiones
☐ Evitar a los animales en el colegio ☐ Evitar olores fuertes

****Requiere documentación de respaldo por parte del proveedor sanitario y seguimiento de enfermería escolar***

26. ¿Su hija/o participará en deportes o actividades extraescolares este año? ☐ NO ☐ SÍ* ¿Cuál? _____

****Madre/padre/tutor debe informar al miembro del personal supervisor sobre el estado de salud del/la estudiante.***

****Los programas no patrocinados por la escuela en las instalaciones de ESD no tendrán acceso a los medicamentos almacenados en la escuela.***

COORDINACIÓN DE CUIDADOS

27. ¿Qué proveedor sanitario está gestionando actualmente el asma de su alumna/o?

28. ¿Su hija/o tiene seguro médico? ☐ NO ☐ SÍ ¿CUÁL? _____

29. ¿Tiene problemas para conseguir medicación para el asma o para conectar con un profesional sanitario? ☐ NO ☐ SÍ, explique:

Firma Madre/padre/tutor: _____ **Relación:** _____ **Fecha:** _____