

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

El propósito de este formulario es obtener una ACTUALIZACIÓN sobre el asma de su alumna/o. Por favor, responda lo mejor que pueda y devuelva este formulario a la Enfermería escolar.

1. ¿Ha tenido su hijo o hija alguna exacerbación de asma este año? (es decir, visitas a urgencias o urgencias, hospitalizaciones, llamadas al 911, etc.)
☐ NO ☐ SÍ, EXPLIQUE: _____

2. ¿Ha cambiado algo con el asma de su hija/o en el último año? (es decir, causas o síntomas, profesionales sanitarios, nueva medicación, etc.)
☐ NO ☐ SÍ, EXPLIQUE: _____

3. En el **último año**, ¿cuántas veces ha sido su alumna/o:

	NINGUNA	UNA VEZ	2-4	>4
a. Hospitalizada/o durante la noche o más por asma:	☐	☐	☐	☐
b. Tratada/o en urgencias:	☐	☐	☐	☐
c. Tratamiento en la consulta médica para asma no rutinaria:	☐	☐	☐	☐
d. Corticoides recetados para la exacerbación del asma:	☐	☐	☐	☐
e. Ausencia por síntomas relacionados con el asma:	☐	☐	☐	☐

Si hay más de "ninguno", por favor explique: _____

4. CAUSAS ACTUALES: (marque todas las que se apliquen):

☐ 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: _____

5. ¿Ha habido algún cambio en los síntomas típicos de asma de su alumna/o? ☐ NO ☐ SÍ, DESCRIBA: _____

IMPACTO DEL ASMA (respuesta basada en el último año)

6. ¿Con qué frecuencia presenta síntomas su alumna/o? Durante el día: _____ horas/semana Noche: _____ horas/semana

7. ¿Se ve interrumpido el sueño de su hija/o por síntomas de asma? ☐ NO ☐ SÍ

8. ¿Su alumna/o limita o modifica la actividad física debido al asma? ☐ NO ☐ SÍ, EXPLIQUE: _____

TRATAMIENTO Y MANEJO DEL ASMA

9. Por favor, enumera TODOS los medicamentos que su hija/o 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.**

10. Si su hija/o tiene un inhalador de rescate "cuando lo necesita", ¿con qué frecuencia lo usa? (es decir, Albuterol, Symbicort, Dulera)?

De día: _____ Por semana Noche: _____ Por semana

11. ¿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?

12. Si su hija/o tiene asma inducida por el ejercicio, ¿usa inhalador antes de hacer ejercicio (es decir, en deportes, recreo o educación física)?
☐ NO ☐ SÍ ☐ N/A ☐ A VECES, explíquelo:

PLANIFICACIÓN ESCOLAR (si recibe este formulario al final del año, con miras al próximo año)

13. ¿Va a proporcionar medicación para que se mantenga en la escuela? ☐ NO ☐ SÍ*

***Se requiere un nuevo formulario de autorización de medicación firmado por un proveedor y un/a Madre/padre/tutor cada año escolar.**

14. ¿Proporcionará alguno de los siguientes para la escuela? ☐ Espaciador (recomendado) ☐ Nebulizador ☐ Peak Flow ☐ Rx de urgencia

15. ¿Planea 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 de salud, Madre/padre/tutor, enfermería y la madurez del/la estudiante.**

16. ¿Cuál es el nivel de independencia de su hija/o al reconocer que tiene síntomas de asma?

☐ Ayuda para identificar ☐ síntomas completamente independientes ☐ Depende completamente del adulto

17. ¿Cuál es el nivel de independencia de su hija/o al tomar su medicamento?

☐ Autoadministración independiente ☐ con supervisión adulta ☐ El adulto administra medicación

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

☐ Recreo o ed. física modificados* ☐ Premedicación para hacer ejercicio* ☐ Observar los efectos secundarios de la medicación

☐ Acceso libre al agua ☐ Evitar ciertos alimentos ☐ Necesito 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**

19. ¿Participará su hija/o en deportes o actividades extraescolares este curso? ☐ NO ☐ SÍ*, ¿CUÁL? _____

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

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

COORDINACIÓN DE CUIDADOS

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

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

22. ¿Tiene algún problema para conseguir medicación para el asma o para contactar con un profesional sanitario? ☐ NO ☐ SÍ, EXPLIQUE: _____

23. ¿Ha habido algún cambio en la salud o alguna actualización médica nueva? ☐ NO ☐ SÍ (Por ejemplo: anafilaxia, alergias, corazón, condiciones respiratorias y de salud mental) Si es así, por favor explíquelo:

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