



## Asthma Intake Form

### ¿SU HIJO PADECE DE ASMA?

**No** – NO DEBE LLENAR ESTE FORMULARIO

**Sí** – Debe llenar este formulario

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la enfermera de la escuela de su hijo.

Fecha en que llena el formulario: \_\_\_\_\_ N.º de ID del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal y n.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena el formulario y parentesco (p.ej. mamá, papá, abuela): \_\_\_\_\_

Médico tratante del asma (nombre y n.º de teléfono): \_\_\_\_\_

1. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha ido su hijo a una sala de emergencia /de cuidados urgentes o al médico debido al asma?

0 veces     1 vez     2 veces     3 veces     4 veces     5 veces o más

2. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha sido hospitalizado su hijo por causa del asma?

0 veces     1 vez     2 veces     3 veces     4 veces     5 veces o más

3. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado su hijo corticoesteroides orales (prednisona, Orapred) para tratar una crisis asmática?

0 veces     1 vez     2 veces     3 veces     4 veces     5 veces o más

4. ¿Cuántos días faltó a clases su hijo en los últimos 12 meses debido al asma?

0 días     1-2 días     3-5 días     6-10 días     11-15 días     16 o más días

5. ¿Con qué frecuencia ha usado su hijo una medicina de rescate o de alivio (un jarabe, inhalador o máquina para respirar) en las últimas 4 semanas para aliviar la tos, problemas respiratorios o sibilancias?

Nunca     1-2 días a la semana     3 o más días a la semana pero no todos los días     Todos los días

6. ¿En las últimas 4 semanas, con cuánta frecuencia ha tenido su hijo tos, problemas respiratorios o sibilancias en la mañana o durante el día?

Nunca     1-2 días a la semana     3 o más días a la semana pero no todos los días     Todos los días

7. ¿En las últimas 4 semanas, con cuánta frecuencia su hijo se ha despertado en la noche por causa de la tos, problemas respiratorios o sibilancias?

Nunca     1-2 veces al mes     3 o más veces al mes     2 o más veces a la semana     Todas las noches

8. ¿Con qué frecuencia el asma de su hijo ha sido una molestia o ha interrumpido sus actividades normales (jugar, correr y deportes) en las últimas 4 semanas?

Nunca     Rara vez     Algunas veces     Con frecuencia     Todo el tiempo

9. ¿Qué provoca el asma de su hijo? (Marque todas las que correspondan)

Enfermedad (resfriados)     Humo    Alergias:  Gato     Perro     Polvo     Moho     Polen

Emociones (llorar, reír, estrés)     Ejercicio/actividad física     Alimentos: \_\_\_\_\_

Cambios de tiempo     Olores fuertes Otro: \_\_\_\_\_

10. Escriba los nombres o colores de las medicinas (inhaladores, pastillas, líquidos, nebulizadores) que su hijo toma para el asma y las alergias (las que usa a diario y según sea necesario) y entregue a la enfermera una copia de su plan escrito para el tratamiento del asma.

Liste los nombres o colores de las medicinas usadas para el asma	

11. ¿Cómo toma su hijo las medicinas para el asma? (Solo una respuesta)

Toma la medicina solo     Necesita ayuda para tomar la medicina     En este momento, no toma medicinas

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Revisado por la enfermera escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_