



DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
255 EPPERLE LANE
AUBURN, CA 95603
TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170

INFORMACIÓN SOBRE ASMA

Estimado Padre/Tutor:

De acuerdo con los registros médicos, su hijo/a tiene asma. Para ayudarnos mejor a anticipar y tratar cualquier problema de asma, complete y envíe este formulario. Si su hijo/a toma medicamentos para el asma, pídale a su proveedor de atención médica que complete un Plan de acción para el asma. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Jenny Serrano, enfermera del distrito (jserrano@auburn.k12.ca.us).

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Año escolar:

<p>¿Cuáles son algunos factores desencadenantes que podrían iniciar un episodio de asma para el estudiante?</p> <p><input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Irritantes (por ejemplo, polvo de tiza) <input type="checkbox"/> Humo de cigarrillo</p> <p><input type="checkbox"/> Caspa de animales <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Emociones (por ejemplo, cuando está molesto) <input type="checkbox"/> Olores fuertes</p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias <input type="checkbox"/> Cambios de temperatura <input type="checkbox"/> Alimentos: <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p>¿Qué tan grave y frecuente es el problema de asma de su hijo/a?</p> <p><input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave</p>
<p>¿Cuántos años tenía su hijo/a cuando comenzó a tener asma?</p>
<p>¿Cuáles son los signos/síntomas habituales de su hijo/a durante un ataque de asma?</p> <p><input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Opresión en el pecho <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p>¿Cuántos días de escuela estimaría que su hijo/a ha perdido el año pasado debido al asma?</p>
<p>En el último año, ¿cuántas veces ha sido tratado su hijo/a en la sala de emergencias por síntomas de asma?</p>
<p>En el último año, ¿cuántas veces ha sido hospitalizado/a su hijo/a (durante la noche o por más tiempo) por síntomas de asma?</p>
<p>En el último mes, durante el día, ¿con qué frecuencia su hijo/a ha tenido síntomas de asma?</p>
<p>En el último mes, durante la noche, ¿con qué frecuencia su hijo/a se despierta o experimenta síntomas de asma?</p>
<p>¿Qué hace su hijo/a en casa para aliviar los síntomas durante un ataque?</p> <p><input type="checkbox"/> Descansa <input type="checkbox"/> Bebe líquidos <input type="checkbox"/> Hace ejercicios de respiración <input type="checkbox"/> Controla el flujo máximo <input type="checkbox"/> Toma medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p>¿Usa su hijo/a un espirómetro? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuál es la mejor lectura del espirómetro personal de su hijo/a? _____</p>
<p>¿Su hijo/a toma medicamentos para el asma regularmente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>En caso afirmativo, indique los medicamentos en la siguiente página.</p>

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA



DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
255 EPPERLE LANE
AUBURN, CA 95603
TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170

INFORMACIÓN SOBRE ASMA

(CONTINUACIÓN)

TENGA EN CUENTA: Es posible mantener un suministro de los medicamentos de su hijo/a en la escuela (o con su hijo/a si se trata de un medicamento de rescate) para uso en caso de emergencia, pero solo si su proveedor de atención médica ha completado un formulario de "Medicamentos en la escuela" o "Plan de acción para el Asma" y lo ha enviado a la enfermera del distrito.

MEDICAMENTOS				
Medicamento	Dosis	Vía	Hora	Razón

¿Hay alguna otra información que le gustaría compartir con la enfermera del distrito?

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____

*****ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A LA OFICINA DE SALUD DE LA ESCUELA*****

• FOR HEALTH OFFICE USE ONLY •

Date Received: Follow Up Needed ISHP Completed