

HIGHLAND SCHOOL DISTRICT 203
FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE ASMA

Nombre Del Estudiante: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Historial Tomado Por: _____ Fecha: _____

Nombre De Padre/Guardian: _____

Telefono De Casa: (____) _____ Telefono De Trabajo: _____

Contacto Alternativo: _____ Numero De Telefono Principal: _____

Proveedor Medico Principal: _____

Telefono De La Officina: (____) _____ Fax De La Officina: _____

Direccion: _____

Cuando se diagnostico por primera vez el asma del estudiante? _____

Cuantas veces a hido el estudiante a la sala de emergencia acausa del asma en el ultimo año? _____

Cuantas veces a sido hospitalizado el estudiante por asma en el ultimo año? _____

Alguna vez a sido el estudiante admitido en una unidad de cuidados intensivos por asma? _____

Cuando? _____

Como calificaria la gravedad del asma del estudiante?

(no grave) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (grave)

Cuantos dias estimaria que el estudiante falto a la escuela el año pasa debido al asma? _____

Que provoca el asma del estudiante?

ejercicio infeccion respiratoria humos o olores fuertes estres

humo de cigarillo humo de leña polen

animales (especifique): _____

comidas (especifique): _____

alfombras polvo del interior polvo al aire libre

polvo de tiza cambio de temperatura moho

otros: _____

Que ase el estudiante en casa para aliviar los sintomas del asma (marque todas las que apliquen)?

ejercicios de respiracion descanso/relajacion tomar liquidos

toma medicamentos (vea abajo) utiliza remedios herbales (vea abajo)

otros (describa): _____

HIGHLAND SCHOOL DISTRICT 203

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE ASMA, cont.

Que medicamentos toma el estudiante para el asma (todos los días y según sea necesario):

Nombre De Medicamento	Cantidad	Metodo de administracion (nebulizador, inhalador, etc.)	Con que frecuencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Que remedios herbales, si ay algunos, toma el estudiante para el asma? _____

Usa el estudiante alguna de la siguientes ayudas para controlar el asma?

- medidor de flujo maximo (personal si se conoce _____)
- inhalador de camara de sujecion espaciador camara de sujecion con mascara
- otros: _____

Por favor de marcar necesidades especiales relacionadas con el asma de su hijo:

- clase de educacion fisica recreo animales el la clase
- evitar ciertos alimentos excursiones escolares acceso al agua
- transporte hacia y desde la escuela
- observacion de los efectos secundarios de los medicamentos

Si marco alguna de las casillas anteriores, describa las necesidades:

El estudiante ha recibido educacion sobre el asma? si no
Decea recibir informacion sobre la educacion del asma: estudiante usted mismo

Firma Del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Firma De La Enfermera: _____ Fecha: _____

Al firmar, tambien esta dando permiso para que la informacion en este formulario se comparta con el personal de la escuela según la "necesidad de saber".