

## CUESTIONARIO DE ASMA

Nombre del Alumno \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Maestro/a \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Estimado padre /guardián,

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca del asma del alumno y regrese esta forma a la enfermera de la escuela. Esta información nos ayudará a proveer al alumno con el mejor cuidado posible mientras este en la escuela.

◆ ¿Por cuánto tiempo ha estado el alumno con asma? \_\_\_\_\_

◆ Por favor evalúe la severidad de su asma (circule):

Mínimo

Moderado

Severo

◆ Brevemente describa el asma del alumno:

---

◆ ¿Ha sido el alumno alguna vez hospitalizado a causa del asma?

Por favor explique:

---

---

◆ ¿Cuándo fue el alumno hospitalizado por asma? \_\_\_\_\_

◆ ¿Puede el alumno desarrollar asma a causa del ejercicio? \_\_\_\_\_

◆ ¿Puede tener el clima un efecto en el asma del alumno? Por favor explique:

---

---

◆ Por favor circule lo que es aplicable para el alumno en cuanto a su asma:

**Tose frecuentemente**

**Tiene respiración dificultosa o jadeante**

**El asma se debe al ejercicio**

**El asma se debe al clima**

◆ Escriba todos los medicamentos que el alumno toma para el asma y describa cada cuánto tiempo tiene que tomarlo?

---

---

---

---

- ◆ ¿Qué toma el alumno cuando tiene respiración dificultosa?

---

---

---

- ◆ ¿Usa el alumno un nebulizador? \_\_\_\_\_ Si es así, un tratamiento con el nebulizador se puede hacer si usted nos provee con tubería, la taza del nebulizador, y una máscara. Tenemos un nebulizador en escuela. Necesitaremos también medicamentos del nebulizador junto con su firma para el uso en la escuela.

- ◆ Por favor proporcione el nombre del doctor que esta al cuidado del asma del alumno:

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Teléfono del doctor: \_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián \_\_\_\_\_

Teléfono del padre/guardián: \_\_\_\_\_