

# Questionario Sobre el Asma

Nuestros registros indican que su hijo/a tiene asma o tiene una historia medica de asma. Este cuestionario tiene el propósito de ayudarle a usted y a la enfermera de la escuela a evaluar la necesidad que su niño/a tiene de un Plan de Acción de Asistencia Médica de Asma. Por favor responda a las siguientes preguntas y entreguelo a la enfermera de la escuela lo mas pronto posible.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_

1. ¿A experimentado su niño/a episodios de tos persistente, falta de aliento, estrechez de pecho, o dolor en el pecho? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. ¿Necesita su niño/a utilizar un inhalador de rescate (que provee alivio rápido por ejemplo: Proventil, Pro Air, Ventolin, Albuterol, Xopenex)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. ¿Toma su niño/a medicinas diarias para cotrolar el asma? (Por ejemplo Flovent, Advair, Singulair)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. ¿Necesita su niño/a utilizar un inhalador antes de hacer ejercicio o cuando esta hacienda ejercicio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. 5. ¿Necesitará su niño/a un inhalador o el nebulizador en la escuela? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
6. ¿Puede identificar su niño/a señales de alerta y síntomas de un episodio de asma?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
7. ¿Ha faltado su niño/a a la escuela en el último año escolar a causa de los síntomas de asma?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuantos dias ha faltado? 0-5 \_\_\_\_\_ 5-10 \_\_\_\_\_ 10-15 \_\_\_\_\_ 15-20 \_\_\_\_\_
8. ¿Ha sido hospitalizado su niño/a debido al asma durante el último año escolar?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
9. ¿Su hijo esta espusto a humo en Segundo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
10. ¿ Si su hijo debe mantener adentro del la escuela durante dias de aire de mala calidad? (PM2.5 > 35)  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Si, me gustaria tener un Plan de Acción de Asistencia Médica de Asma individualizado para mi niño/a. Si su niño/a necesita traer un inhalador a la escuela o tener un inhalador en la oficina de la escuela, el Plan de Acción de Asistencia Médica de Asma debe ser firmado por el doctor)**

\_\_\_\_\_ Mi niño/a no ha tenido ningun problema de asma ni ha sido necesario utilizar un inhalador de rescate ni nebulizador durante el año escolar pasado. Yo no creo que sea necesario que mi niño tenga un Plan de Acción de Asistencia Médica de Asma en este momento pero contactaré a la enfermera de la escuela en seguida si algo cambia.

Firma de los Padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_