

FORMA DE EVALUACION ANUAL DEL ASMA

Esta información nos ayudará a desarrollar un plan de salud para su hijo, el cual será compartido con el equipo educacional.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ Edad: _____

GRADO: _____ MAESTRO: _____

Doctor o Grupo Médico: _____

Teléfono del Doctor: _____

Diagnóstico Médico: _____

Medicamentos (en casa y escuela): _____

Alergias: _____

Describa la condición asmática de su hijo:

Intermitente _____ Lentamente _____ de repente _____ debido al ejercicio _____

Otra _____

¿Su hijo puede comunicarse con un adulto cuando tiene un ataque de asma?

Sí _____ No _____

¿De que manera pide su hijo el inhalador? _____

¿Usa su hijo un medidor de flujo máximo?: Sí _____ No _____

Usa su hijo el inhalador: Depende de los demás _____ Con ayuda _____ Con

Supervisión _____ Independientemente _____

¿Cuál es la causa del asma de su hijo? Por:

El Medio ambiente _____ El frío _____ Enfermedad _____ Ejercicio _____ Epoca del año

Otras razones: _____.

¿Su hijo tendrá el inhalador o el inhalador se mantendrá en la oficina de la escuela o ambas cosas?

Se debe entregar forma de los medicamentos y consentimiento de los padres

Algún tipo de restricción médica? _____

¿Cuándo fue su hijo diagnosticado con asma? _____

¿Cuándo fueron los más recientes síntomas de asma de su hijo? _____

¿Cómo le puede afectar a su hijo el asma en su rendimiento escolar o participación en actividades escolares? _____

Aproximadamente cuantos días se ausentó de la escuela el año pasado su hijo debido a síntomas del asma. _____

Comentarios adicionales: _____.

Firma del Padre

Fecha