



Entrevista en caso de asma

AÑO ESCOLAR _____

Estudiante	Padre o tutor	Teléfono	
Fecha de nacimiento	Grado		
Neumonólogo	Madre o tutor	Teléfono	
Teléfono	Última visita	Emergencia	
Historia relevante, incluidas las hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> MaineCare	<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Requiere información

Actividades extracurriculares	Edad de inicio de la afección	Últimos síntomas	Otros problemas médicos
-------------------------------	-------------------------------	------------------	-------------------------

Factores desencadenantes conocidos <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Humo <input type="checkbox"/> Olores fuertes <input type="checkbox"/> Emociones <input type="checkbox"/> Actividad física	Alergias: <input type="checkbox"/> Gatos <input type="checkbox"/> Perros <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Alimentos: Otros:
---	---

Responda las siguientes preguntas relativas al asma de su hijo.

En los últimos doce meses, con qué frecuencia su hijo ha tenido que: _ Visitar la sala de emergencia o el centro de atención urgente _ Hospitalizarse _ Utilizar esteroides orales _ Faltar a la escuela	En las últimas cuatro semanas, con qué frecuencia su hijo ha tenido que: _ Toser, jadear, respirar con dificultad _ Usar un inhalador de rescate _ Despertar en la noche debido al asma _ Interrumpir sus actividades normales
--	--

Asegúrese de enumerar todos los medicamentos diarios y de emergencia en el Formulario de salud anual.

Describa las consideraciones que debemos tener con su hijo durante el día escolar.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atletismo o educación física | <input type="checkbox"/> Aula |
| <input type="checkbox"/> Receso | <input type="checkbox"/> Autobús o transporte |

Comparta cualquier meta relacionada con la salud o donde se requiera asistencia.

Al firmar abajo, autorizo a la enfermera escolar a compartir información acerca de la salud de mi hijo con el personal escolar y médico apropiado para la seguridad continua de mi hijo en la escuela.

Padre, madre o tutor _____ Fecha _____

En caso de una emergencia, cuando se requiera de asistencia y no podamos comunicarnos con los contactos de emergencia, llamaremos al profesional de salud y, de ser necesario, al 911 (servicios de emergencia).