

Información Sobre Su Asma

Por favor, llene este formulario y entrégueselo a su médico.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

		LA CASA	EL ESCUELA
ACTIVIDADES	Desde su última visita, ¿su asma le impidió a usted o a su hijo(a) estar físicamente activo o llevar a cabo sus actividades diarias normales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
SUEÑO	¿Desde su última visita, ha visto que su sueño está perturbado por problemas con respiración o tos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
CAUSANTES	Marque cualquiera de las siguientes cosas que empeoren. <input type="checkbox"/> Mascotas <input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> Aves <input type="checkbox"/> Humo de cigarrillo <input type="checkbox"/> Perfume <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Tiza <input type="checkbox"/> Resfriados ¿Hay desencadenantes presentes en su casa o en su trabajo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
EQUIPO PRÁCTICO	a) ¿Usted o su hijo/a utilizan un inhalador para el asma? b) ¿Usted o su hijo/a utilizan un medidor de flujo espiratorio máximo? c) ¿Usted o su hijo/a utilizan un espaciador? d) ¿Usted o su hijo/a utilizan un nebulizador? e) ¿Tiene un inhalador para alivio rápido fácilmente accesible para cuando el asma de usted o su hijo/a empeora? f) Durante las 2 semanas anteriores , ¿cuántas veces usó usted o su hijo/a un inhalador para alivio rápido? g) En promedio, ¿cuánto tiempo le a usted o a su hijo/a dura un inhalador? ____ semanas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ____ horas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ____ horas
PLAN DE MANEJO	¿Tiene un plan de acción para el asma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ASISTENCIA	¿Cuántos días de escuela (o días de cuidado de niños) ha perdido usted o su hijo/a en los últimos 2 meses por su asma?		____ días

Preocupaciones actuales:	Medicamentos utilizados actualmente para el asma:

Llenado por: _____

Fecha: _____

¿Hay alguna información nueva desde la última vez que llenó este formulario?

Nombre de la escuela (o del lugar de cuidado infantil):	
Nombre de la enfermera o de otro representante de salud de la escuela:	<input type="checkbox"/> No sé
Telephone Número de teléfono de la escuela:	<input type="checkbox"/> No sé
¿Tenemos el permiso del (padre/tutor) para compartir este formulario con la escuela de su hijo(a)?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Firma _____	

