

**DISTRITO ESCOLAR 4J
SERVICIOS DE SALUD**

Nombre _____ Escuela _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de hoy _____ Grado _____

DIAGNÓSTICO DE ASMA

Usted avisó a la escuela que su hija sufre de asma. Es importante tener información e instrucciones al corriente para cuando su hija necesite ayuda en la escuela. Por favor complete esta forma y envíela a la escuela de su hija para la información sea del conocimiento del personal. La enfermera de la escuela está disponible para consulta.

¿Con qué frecuencia tiene su hija ataques de asma? _____

¿Cuándo fue la última visita al hospital o sala de emergencias? _____

¿Su hija usa un medidor de respiración? Sí No

¿Cuál es su mejor índice de respiración? _____

Nombre del doctor(a) que está tratando el asma de su hija? _____

_____ Número de teléfono _____

¿Su hija usa el camión escolar? Sí No _____ Número del camión _____

¿Su hija participa en Educación Física? Sí No ¿Deportes después de la escuela? Sí No _____

MARQUE LAS CONDICIONES QUE INSITAN UN ATAQUE DE ASMA EN SU HIJA:

Estrés emocional Infección respiratoria Estar en el aire frío

Ejercicio (describa: ejemplo, después de correr, etc.) _____

Aromas/olores (describa) _____

Reacción alérgica (describa: ej., a las plantas, comida, etc.) _____

¿QUÉ SÍNTOMAS SE PRESENTAN GENERALMENTE CUANDO HAY UN ATAQUE?

Tos Chiflido del pecho Falta de aire Miedo

No puede decir una oración sin tomar aire Color azul de la piel o las Uñas

Otro (describa) _____

¿TOMA SU HIJA MEDICINAS PARA CONTROLAR EL ASMA? Sí No

<u>MEDICINAS</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>CADA CUANDO</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

(Encierre en un círculo aquellas medicinas que debe tomar en la escuela.)

Si quiere notificar a la enfermera de la escuela sobre cualquier comentario o instrucciones especiales, anótelas aquí:

ES IMPORTANTE QUE LEA USTED ESTO:

EL PROCEDIMIENTO REGULAR DE LA ESCUELA PARA UN NIÑO CON ASMA ES:

1. Ayudar al estudiante con la medicina necesaria
2. Ayudar al estudiante a relajarse (ej. respirar despacio y profundo, tomar sorbos de agua.)
3. Observar si el estudiante tiene respiración irregular; llamar al 911 si es así.
4. Avisar a los padres

Si usted quiere agregar algo o hacer algún cambio a esto, favor de escribir aquí _____

**DISTRITO ESCOLAR 4J
SERVICIOS DE SALUD**

Nombre de estudiante _____ **Fecha de Nacimiento** _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

CONTACTO # 1

Nombre _____

Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono: _____

CONTACTO # 2

Nombre _____

Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono _____

CONTACTO # 3

Nombre _____

Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono _____

AUTORIZACIÓN PARA AMBULANCIA

Doy mi autorización al director de la escuela, a la enfermera, u otro miembro del personal para que de acuerdo a su criterio, faciliten ayuda médica y pidan una ambulancia para transportar a mi hija _____ al hospital _____ en caso de que yo no pueda ser contactada.

Esta información puede compartirse con el personal de la ambulancia.

PERMISO: ____ **SI** ____ **NO**

Firma del padre o la madre

Fecha (válido por un año)

PARA USO DE LA ENFERMERA:

Para proveer seguridad y una experiencia educacional para su hija, esta información será compartida con el personal de la escuela y será incluida en el record de la estudiante.

Firma: _____ enfermera

Fecha: _____