



CITY OF MERIDEN - SCHOOL HEALTH PROGRAM

Formulario de Información Para Los Estudiantes Cón Asma

Nombre: _____ FDN: _____ M F

Padre/Guardian: _____ Tel – Hogar: _____

Dirección: _____ Tel – Trabajo: _____

Persona a llamar en caso de emergencia: _____ Tel: _____

Nombre de su medico: _____ Tel: _____

Edad de su niño cuando le dió el primer ataque de asma? ____ Fecha del ultimo ataque de asma? ____

Con cuanta frecuencia le dan ataques de asma a su niño? _____

Esta su niño tomando medicamentos para el asma? Sí No

Toma su hijo/a medicamento en la casa para el asma? Sí No En la escuela? Sí No

Nombre del medicamento: _____ Con cuanta frecuencia? _____

Usa su niño un inhalador? Sí No Con cuanta frecuencia? _____

Usa su niño la maquina nebulizer? Sí No Con cuanta frecuencia? _____

Usa su niño un peak flow meter? Sí No Con cuanta frecuencia? _____

Las personas que viven en su casa fuman? Sí No

Usted permite que fuman en su casa? Sí No

Hay algun miembro de la familia en la casa con asma? Sí No Si es sí quién? _____

Tiene algun animal en su casa? Sí No Tipo _____

Hay una estufa de leña en su casa? Sí No

Hay alfombra en su casa? Sí No Usa aspiradora? Sí No

Tiene lavadora de ropa en su casa? Sí No Aire acondicionado? Sí No

Qué afecta el asma de su hijo/a? (marque todas las que apliquen)

- Pólen (grama, flores, árboles, etc.)
- Moho
- Animales, mascotas
- Cucarachas
- Polvorin, pelo de animales

- Humo de cigarillo
- Tiza, polvo de tiza
- Pinturas, limpiadores de hogar
- Olores fuertes, perfumes
- Actividades física, ejercicios

- Catarro, gripe
- La temperatura
- Comidas, medicamentos
- Estrés, tensión emocional
- Pesticidas, líquidos para rociar

Su niño ve a un especialista para el asma? Sí No

Nombre _____ Dirección _____

Ha estado su niño hospitalizado a causa del asma? Sí No Cuando? _____

En una escala de 1-5, por favor clasifique el asma de su hijo/a. 1 2 3 4 5
(no severa) (severa)

Firma Padre/Guardian: _____ Fecha: _____