



ALDINE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

14910 Aldine-Westfield Road • Houston, Texas 77032-3099 • (281) 449-1011

Cuestionario para los Padres de Niños con Asma

Nombre del Estudiante _____ Año Escolar _____
 Escuela _____ Grado _____ Maestro/a _____
 Nombre del padre/madre _____ Teléfono de la Casa _____ (Trabajo) _____
 Nombre del Doctor que trata al niño/a por el asma _____ Teléfono _____

La siguiente información es importante para la enfermera y el personal de la escuela que tienen que determinar cualquier necesidad especial de su hijo/a. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda y **regrese este formulario a la enfermera de la escuela**. Por favor contacte a la enfermera de la escuela para hablar sobre la condición de su hijo/a.

Nombre de la enfermera _____ Número de Teléfono _____

- ¿Hace cuánto tiempo que su hijo/a tiene asma? _____
- ¿Cómo cuantos días cree usted que faltó su hijo/a la escuela el año pasado debido al asma?
 Ningún día 5 días o menos Más de 5 días
- ¿Cuántas veces fue hospitalizado/a el año pasado su hijo/a por una noche o más debido al asma?
 Ningún día 5 días o menos Más de 5 días
- ¿Cuántas veces fue tratado/a el año pasado en el salón de emergencias su hijo/a por una noche o más debido al asma?
 Ningún día 5 días o menos Más de 5 días
- ¿Qué tan frecuente ve su hijo/a a su doctor para hacerse un chequeo rutinario del asma? _____
- ¿Qué es lo que cree usted que causan los ataques de asma de su hijo/a? (Por favor marque todas las causas)
 Enfermedades Emociones Medicinas Comidas Fatiga
 Clima Ejercicio Humo de Cigarrillo Olores Químicos
 Otras Causas _____

- ¿Qué hace su hijo/a en la casa para aliviarse cuando le da un ataque de asma? (Por favor marque todos los remedios)
 Descanso / Relajación Toma la(s) Siguiete(s) Medicina(s)
 Ejercicios de Respiración Inhalador Nebulizador(Aparato para Respirar) Medicinas orales
 Tomar líquidos
 Otros (Por Favor describir) _____

- Por favor escriba el nombre de las medicinas que su hijo/a toma para el asma (todos los días y cuando sea necesario).

Nombre de la Medicina	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si su hijo/a tiene que tomar medicinas en la escuela, Ud. debe llenar anualmente la solicitud para la administración de medicamentos. Los medicamentos deben estar en el envase y con la etiqueta original. (Cuando llene las recetas usted le puede pedir al farmacéutico de que le llene dos botellas una para usarla en la casa y una para usarla en la escuela).

- ¿Cuáles, si hay algunos, son los efectos secundarios que esta medicina le causa a su hijo/a? _____
- ¿Le han enseñado a su hijo/a a usar los tubos de extensión, o una ayuda pulmonaria, o el equipo de inspiración con su inhalador? Sí (Circule el aparato que él/ella sabe usar o escríbalo aquí _____) No
- ¿Sabe usted cuál es el mejor valor personal de flujo pico de su hijo/a? Sí Valor _____ No
- ¿Ha asistido Ud. alguna vez a una clase de educación sobre el asma? Sí No
- ¿Ha recibido su hijo/a educación sobre el asma? Sí No