



**GARLAND INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
SERVICIOS DE SALUD**

**Datos de Salud  
Asma**

A los Padres de:

Fecha \_\_\_\_\_  
ID# \_\_\_\_\_  
Fecha Nac. \_\_\_\_\_  
Gr/Tcr \_\_\_\_\_

Nombre(s) del \_\_\_\_\_ Teléf. Domicilio \_\_\_\_\_  
(los) Padre(s): \_\_\_\_\_ Teléf. Trabajo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléf. Celular \_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléf. Consultorio \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía su hijo cuando le diagnosticaron asma por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia sufre su hijo episodios de asma? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la primera indicación de que su asma le está causando problemas? \_\_\_\_\_

¿Qué le provoca asma a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que un episodio de asma le hizo llevar a su hijo al doctor? \_\_\_\_\_  
a la sala de emergencia? \_\_\_\_\_ a ser internado en el hospital? \_\_\_\_\_

Enumere los nombres de los medicamentos que toma **a diario** para el asma, incluyendo su dosis y frecuencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere los nombres de los medicamentos que toma **según lo necesite** para el asma, incluyendo su dosis y frecuencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Efectos secundarios del medicamento: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo un medidor de flujo máximo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la mejor lectura? \_\_\_\_\_

Aparte del medicamento, ¿qué más le ayuda a su hijo en caso de un ataque de asma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Necesita su hijo tomar medicamentos en la escuela para el asma (aún si solo es según lo necesite)?  Si  No  
De responder si, se requiere un envase del medicamento recetado, correctamente etiquetado, y autorización escrita de los padres. Es de mucha ayuda para la enfermera escolar contar con un plan de acción de asma completado por su doctor. Pueden obtener los formularios de la enfermera escolar.

¿Hay algún otro particular que debería saber la enfermera escolar acerca del asma de su hijo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DEBE CONSIDERAR DEJAR UN INHALADOR EN LA ESCUELA PARA SU HIJO**