



<b>Estudiante:</b>	<b>Grado:</b>	
<b>Fecha de nacimiento/edad:</b>	<b>Años:</b>	
<b>Padre o Tutor #1:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Padre o Tutor #2:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Contacto de Emergencias #1:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Contacto de Emergencias #2:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Médico para el Asma:</b>	<b>Teléfono:</b>	

**Datos de la Evaluación** (Marque o Indique con un Círculo si es Aplicable):

Señales o Síntomas	Factores Desencadenantes		Intervenciones de Primeros Auxilios
<input type="checkbox"/> Sibilancia	<input type="checkbox"/> Ejercicio	<input type="checkbox"/> Tiza/Marcadores	<input type="checkbox"/> Afloje la Ropa
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Aire Frío	<input type="checkbox"/> Perfumes	<input type="checkbox"/> Administre Medicamentos
<input type="checkbox"/> Oposición en el pecho	<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Humo	<input type="checkbox"/> Aliente la Relajación
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Estrés	<input type="checkbox"/> Ambientadores Aromáticos	<input type="checkbox"/> Aliente la Respiración con los Labios Apenas Abiertos
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Administre Líquidos a Temperatura Ambiente
	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:

Frecuencia de los episodios de asma:	Cantidad de hospitalizaciones en los últimos 12 meses:
--------------------------------------	--

**Medicamentos Actuales:** (Hogar/Escuela, incluya los Medicamentos Alternativos y de Venta Libre)

Nombre	Hogar/Escuela	Vía	Dosis	Frecuencia
	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela			
	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela			
	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela			
	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela			
	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela			

¿El estudiante necesitará tratamientos con nebulizador en la escuela?  Sí  No (Los padres deben proporcionar el sistema de tubos también).

**Para Medicamentos para Inhalar:**

<input type="checkbox"/> Le he enseñado a el estudiante la forma correcta de usar sus medicamentos. Es mi opinión profesional que <b>NO</b> se le <b>DEBE</b> permitir a él/ella que lleve y use su medicamento por sí mismo.
<input type="checkbox"/> Considero que el estudiante <b>DEBE</b> llevar su medicamento para inhalar por sí mismo. <b>LA AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO ES REQUERIDA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El estudiante conoce como actúa el medicamento y el motivo por el cual lo toma.</li> <li>2. El estudiante conoce los posibles efectos secundarios del medicamento.</li> <li>3. El estudiante conviene en nunca compartir el medicamento con otra persona.</li> <li>4. El estudiante siempre llevará el medicamento en el envase adecuado.</li> <li>5. El estudiante conviene en que irá al consultorio de la enfermera si sus síntomas no mejoran con el medicamento o si tiene que usar el medicamento más de dos veces en un mismo día.</li> </ol>
De no cumplir con alguna de las condiciones anteriores, el estudiante perderá el derecho a llevar y auto-administrarse el medicamento.

<b>Firma del Médico:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma del Padre:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma del Estudiante:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma de la Enfermera de la Escuela:</b>	<b>Fecha:</b>