



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

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 NO se le DEBE permitir a él/ella que lleve y use su medicamento por sí mismo.
<input type="checkbox"/> Considero que el estudiante DEBE llevar su medicamento para inhalar por sí mismo. LA AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO ES REQUERIDA
<ol style="list-style-type: none"> 1. El estudiante conoce como actúa el medicamento y el motivo por el cual lo toma. 2. El estudiante conoce los posibles efectos secundarios del medicamento. 3. El estudiante conviene en nunca compartir el medicamento con otra persona. 4. El estudiante siempre llevará el medicamento en el envase adecuado. 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.
De no cumplir con alguna de las condiciones anteriores, el estudiante perderá el derecho a llevar y auto-administrarse el medicamento.

Firma del Médico:	Fecha:
Firma del Padre:	Fecha:
Firma del Estudiante:	Fecha:
Firma de la Enfermera de la Escuela:	Fecha: