

## HISTORIAL DE ASMA

Alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Factores que provocan el asma:

- Cambio de clima
- Polen
- Alimentos: \_\_\_\_\_
- Animales
- Hierbas
- Ejercicio
- Picaduras de insectos
- Temperatura fría
- La gripe o virus

### Información sobre su proveedor de atención médica:

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Beneficios de salud/seguro médico: \_\_\_\_\_

### Medicamentos:

Nombre	Dosis	¿Toma el medicamento diariamente?

¿Usa su hijo(a) una extensión? Sí      No

¿Usa su hijo(a) un medidor de flujo espiratorio máximo? Sí      No

¿Ha tenido su hijo(a) tratamiento en la sala de urgencias por asma? Fechas: \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado(a) su hijo(a) por asma? \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

¿Ha sido tratado su hijo(a) en ICU por asma? \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_ Sí      No

¿Quiere que su hijo(a) tenga medicamento en la escuela para el asma? Sí      No

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera Escolar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_