

BARRINGTON COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 220  
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR  
ACTUALIZACION SOBRE EL ASMA

Estamos enterados de que \_\_\_\_\_ tiene asma. Para proveer el cuidado adecuado, necesitamos actualizar su información de salud cada año. Por favor conteste las preguntas abajo indicadas y regrese esta carta a la enfermera escolar. Esta información podrá ser compartida con personal apropiado para ayudar a mantener la salud de su hijo/a. Gracias.

¿Cuáles síntomas se presentan usualmente durante un ataque de asma?

(Marque todo lo que corresponda)

\_\_\_\_\_ tos  
\_\_\_\_\_ respirar con silbidos  
\_\_\_\_\_ otro(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ falta de aliento / sensación de ahogo  
\_\_\_\_\_ opresión en el pecho

¿Que es lo que provoca un episodio asmático? \_\_\_\_\_

¿Esta bajo tratamiento con algún especialista para el asma?      Sí              No

¿Qué medicamentos le han recetado para tratar su asma? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia usa su inhalador de rescate? (Típicamente Albuterol)

Dentro del ultimo año, ¿ha acudido su hijo/a a alguna(s) consulta de urgencias / hospitalizaciones debido al asma?                      Sí              No

¿Cuándo fue su último episodio asmático? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento recibió y cómo respondió al mismo? \_\_\_\_\_

Si su hijo/a presenta con un episodio asmático y no hay medicamentos disponibles en la escuela ¿Cree Ud. que le haría falta?                      Sí              No

**Si respondió que sí, por favor informe a la enfermera escolar para que usted y su medico llene y firme el formulario de medicamentos. No dude en comunicarse conmigo si tiene alguna pregunta o preocupación al respecto.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Apoderado

\_\_\_\_\_  
Fecha