



Para el padre/tutor de \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Ha indicado en los registros escolares que su estudiante actualmente tiene **asma**. Es importante tener al menos información de salud anual cuando necesite ayuda en la escuela. **Complete este formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela lo antes posible**. para que se pueda compartir un plan para ayudar a su hijo con el personal escolar identificado. Es responsabilidad de los padres proporcionar los medicamentos necesarios que se necesitan en la escuela. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera de la escuela.

¿Con qué frecuencia ocurren los ataques de asma? \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha sido hospitalizado por asma en el último año? No\_\_ Si\_\_ Cuando\_\_\_\_\_

**MARQUE LAS CONDICIONES QUE USUALMENTE PROVOCAN EL ATAQUE DE ASMA DE ESTE ESTUDIANTE:**

\_\_\_\_\_ infecciones respiratorias \_\_\_\_\_ exposición al aire frío \_\_\_\_\_ estrés emocional  
\_\_\_\_\_ olores (describa) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ejercicio \_\_\_\_\_ reacción alérgica a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

**CONSULTE LOS SIGNOS QUE SUELEN PRESENTARSE CON EL ATAQUE DE ASMA DEL ESTUDIANTE:**

\_\_\_\_\_ tos \_\_\_\_\_ sibilancias \_\_\_\_\_ dificultad para respirar \_\_\_\_\_ miedo  
\_\_\_\_\_ color azulado de la piel/uñas \_\_\_\_\_ incapaz de hablar en oraciones completas sin respirar  
\_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

El asma está siendo tratado actualmente por el Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿SE NECESITAN MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR EL ASMA? NO SÍ (enumere a continuación)

MEDICAMENTO	DOSIS	TIEMPO

**CONSENTIMIENTO PATERNO:** Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para compartir esta información con el personal apropiado del distrito (esto incluye, entre otros, administradores, maestros, personal de apoyo, conductores de autobuses, personal de servicio de alimentos, conserjes, entrenadores y empleados sustitutos). Otorgar permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el médico sobre problemas de salud y tratamiento relacionados con los medicamentos anteriores y/o el diagnóstico relacionado con sus necesidades educativas y de manejo del comportamiento; **La Corporación Escolar de North White no se hará responsable de ningún daño causado por informes inexactos del tutor legal o del médico con licencia en este formulario.**

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**RECUERDE AVISO INMEDIATAMENTE A LA ESCUELA DE CAMBIOS EN LOS NÚMEROS DE TELÉFONO, DIRECCIÓN O PERSONAS RESPONSABLES DE CONTACTO DE EMERGENCIA**