

## Cuestionario del asma para padres o tutores

Se nos ha informado que su hijo tiene problemas respiratorios o de asma: La enfermera de la escuela necesita más información sobre dichos problemas respiratorios de su hijo. Esto nos ayudará a cuidarlo en la escuela. **Sírvase completar ambas caras de este formulario.**

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_ N° de teléfono particular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

N° de teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N° de teléfono celular / localizador (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Lugar donde su hijo recibe atención para el asma: (Nombre de la clínica) \_\_\_\_\_

Nombre del médico o de la enfermera especializada \_\_\_\_\_ N° de teléfono de la clínica \_\_\_\_\_

Nombre del seguro \_\_\_\_\_. Si no tiene, ¿desea información de opciones de seguros gratuitos o de costo módico? 1<sub>1</sub> Sí  
1<sub>0</sub> No

1. Encierre en un círculo (el N°) si el asma de su hijo es grave, si no es grave o si está en un punto intermedio : 1<sub>1</sub> 2<sub>2</sub> 3<sub>3</sub> 4<sub>4</sub> 5<sub>5</sub>  
No grave Grave

2. ¿Cuántos días faltó su hijo a la escuela **el año pasado** debido a su asma?  
 0 0 días  1 1 a 2 días  2 3 a 5 días  3 6 a 9 días  4 10 a 14 días  5 15 días o más

3. ¿Cuántas veces se ha hospitalizado su hijo por una noche o más debido al asma en **los últimos 12 meses**?  
 0 0 veces  1 1 vez  2 2 veces  3 3 veces  4 4 veces  5 5 veces o más

4. ¿Cuántas veces se ha tratado a su hijo en el Servicio de urgencias debido al asma en **los últimos 12 meses**?  
 0 0 veces  1 1 vez  2 2 veces  3 3 veces  4 4 veces  5 5 veces o más

5. ¿Qué provoca el asma de su hijo o qué lo empeora?  
 1 Humo  7 Tiza / polvo de la tiza  
 2 Animales / mascotas  8 Olores fuertes / perfumes  
 3 Polvo / ácaros  9 Alimentos (cuáles: \_\_\_\_\_)  
 4 Cucarachas  10 Resfríos / enfermedades respiratorias  
 5 Pasto / flores  11 Estrés o disgustos  
 6 Moho  12 Cambios en el clima / aire muy caliente o frío  
 13 Ejercicios, deportes o juego brusco

6. ¿Alguien de su familia fuma?  1 Sí  0 No

7. Para cada estación del año, ¿con qué frecuencia presenta su hijo síntomas de asma generalmente? (Marque con una X la alternativa correcta frente cada estación)

	Mucho	Poco	Nunca
Otoño	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Invierno	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Primavera	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Verano	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

8. En el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo su hijo problemas de tos, silbido al respirar o dificultad para respirar durante el día, ?

1 2 veces a la semana o menos  2 Más de dos veces a la semana  3 Todos los días (al menos una vez al día)  4 Constantemente (siempre durante todo el día)

9. En el último mes, ¿con qué frecuencia su hijo tuvo problemas o se despertó por la tos, silbido al respirar o dificultad para respirar durante la noche, ?

1 2 veces al mes o menos  2 Más de dos veces al mes  3 Más de dos veces a la semana  4 Todas las noches

10. ¿Tiene su hijo un plan escrito de acción contra el asma?  1 Sí  0 No  2 No lo sé

11. ¿Utiliza su hijo un medidor de flujo de aire máximo (un instrumento en el que sopla para controlar sus pulmones)?  1 Sí  0 No  
 2 No lo sé

12. ¿Sabe usted cuál es el mejor número de flujo de aire de su hijo?  1 Sí ¿cuál es? \_\_\_\_\_  0 No

**SIGUE AL DORSO →**

13. Indique los medicamentos que toma su hijo para el asma o alergias (diariamente y según necesidad) o incluya una copia del plan de acción contra el asma de su hijo.

**MEDICAMENTOS QUE TOMA EN CASA**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO TOMA	CUÁNDO LO TOMA

**MEDICAMENTOS QUE DEBE TOMAR EN LA ESCUELA**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO TOMA	CUÁNDO LO DEBE TOMAR

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ANTES SEÑALADOS EN LA ESCUELA

\_\_\_\_\_ (Firma del padre o tutor)

**\*COMPRENDO QUE TAMBIÉN NECESITO EL PERMISO FIRMADO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DE MI HIJO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA (un plan de acción contra el asma firmado será suficiente).**

Indique cualquier otra cosa que su hijo utilice para el asma de (té, hierbas, remedios caseros, etc.) \_\_\_\_\_

14. ¿Qué tan bien se toma su hijo los medicamentos para el asma?

1 Toma los medicamentos por sí mismo 2 Se le olvida tomar los medicamentos 3 Necesita ayuda para tomar los medicamentos 4 No está usando medicamentos

15. ¿Usa su hijo un espaciador o cámara de retención con su inhalador de dosis fija (un tubo transparente que se adhiere al inhalador y ayuda a que el medicamento inhalado llegue a los pulmones)?

1 Sí 0 No 2 No lo sé 2 Utiliza un inhalador de polvo seco por lo que no necesita un espaciador

16. ¿Durante el año pasado, alguna vez el asma le ha impedido a su hijo participar en deportes, recreo, educación física u otra actividad escolar?

1 Sí 0 No 2 No lo sé

17. ¿Le gustaría hablar con la enfermera de la escuela sobre el asma? 1 Sí 0 No

Si es así, ¿cuál es el mejor momento para llamarlo? 1 En la mañana 0 En la tarde 2 En la noche

Si tiene alguna duda no dude en llamar a la enfermera titulada de la escuela:

Nombre de la enfermera \_\_\_\_\_

Nº de teléfono \_\_\_\_\_ Nº Localizador \_\_\_\_\_

For office use only: Student Symptom Severity assessment:

8. \_\_\_\_\_ Mi. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_ Mi. P. \_\_\_\_\_

Mo.P. \_\_\_\_\_

S.P. \_\_\_\_\_

**Gracias por llenar este cuestionario.**