

**Cuestionario para padres/tutores para estudiantes con asma
Distrito escolar del área de Coatesville**

Para brindarle la atención adecuada, le solicitamos que complete este formulario y lo devuelva a la enfermera escolar. Notifique a la enfermera escolar por escrito si hay algún cambio en esta información durante el año escolar.

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Año escolar: _____ Grado: _____ Aula / Asesoría: _____

Síntomas que el estudiante ha experimentado en el pasado (marque todos los que correspondan):

_____ Tos _____ Sibilancias _____ Ronquera _____ Dificultad respiratoria _____ Mareos

_____ Discurso engrosado _____ Debilidad extrema _____ Color azul de piel o labios

_____ Calambres abdominales _____ Otros _____

Tipo de asma: _____ Ejercicio inducido _____ Alérgico _____ Viral

Medicamentos necesarios:

Nombre: _____ Dosis / Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis / Frecuencia: _____

Instrucciones especiales: _____

¿Pueden los estudiantes usar el inhalador (si es necesario) sin ayuda? _____ SÍ _____ NO

**** POR FAVOR, CONSULTE LA POLÍTICA DE MEDICACIÓN / FORMULARIO DE
PERMISO SI SE NECESITA MEDICINA EN LA ESCUELA ****

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Entiendo que la información anterior se utilizará en un plan de acción de emergencia para mi hijo/a. Doy mi permiso para compartir este plan con los maestros asignados de mi hijo y el personal apropiado.

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____