



Questionnaire for Parents of a Child with Asthma

Fecha: _____

Nombre del niño(a): _____ Año escolar _____

Escuela _____ Grado _____ Maestra _____

Nombre del Padre _____ Teléfono(casa) _____ Teléfono(trabajo) _____

Nombre del Médico de su niño(a) (para el asma) _____ Teléfono _____

Entrevista Con El Padre:

La siguiente información es de ayuda para la enfermera y personal de la escuela de su niño(a) para de esta manera poder determinar las necesidades especiales de éste. Favor de responder lo mejor posible a las siguientes preguntas. Si usted desea tener una conferencia con la enfermera de la escuela, favor de llamar para una cita.

Nombre de la enfermera _____ Número de teléfono _____

1. ¿Cuánto tiempo hace que su niño padece de asma? _____

2. Estime la severidad del asma de su hijo(a) _____

(No severa) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Severa)

3. ¿Aproximadamente cuántos días estima usted que su hijo(a) se ausentó el pasado año escolar a consecuencia del asma? _____

4. ¿Qué es lo que le provoca los ataques de asma a su niño(a)? (Favor de marcar todas las que apliquen.)

- Enfermedad
- Ejercicio
- Fatiga
- Clima
- Olores químicos
- Comidas
- Emociones
- Medicamentos
- Cigarrillo o Tabaco

Alergias (Favor de anotar) _____

Otros (favor de anotar) _____

5. ¿Qué hace su niño en la casa para aliviar el jadeo durante un ataque de asma? (Favor de marcar todas las que apliquen.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ejercicios de respiración | Tomar medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Tomar Líquidos | <input type="checkbox"/> Descanso / relajación |
| <input type="checkbox"/> Inhalador | <input type="checkbox"/> Medicamento oral |
| | <input type="checkbox"/> Nebulizador |

Otros (favor de anotar) _____

6. Favor de indicar los medicamentos que su hijo(a) utiliza para el asma (diariamente o cuando es necesario).

Nombre del medicamento _____ Dosis _____ ¿Cada cuánto tiempo? _____

(En la escuela) _____

(En la casa) _____



Si se tienen que suministrar medicamentos en la escuela, anualmente se tendrá que llenar un formulario de autorización. (Cuando reciba sus recetas en la farmacia, pídale al farmacéutico que las divida en dos frascos, de esta manera tendrá uno para su uso en la casa y otro para la escuela.)

7. En caso de que su niño(a) no responda al medicamento, ¿Qué acción le sugiere usted al personal de la escuela que lleve a cabo? _____

8. ¿Sufre el niño de algún efecto secundario como consecuencia de sus medicamentos? _____

9. ¿Sabe utilizar su niño(a) un tubo de extensión, auxilio pulmonar, equipo de inspiración (inspirease kit) u otro aparato que sea parte de su inhalador?
 Sí No
10. En el pasado año, ¿Cuántas veces fue hospitalizado su niño(a) por una noche o más a consecuencia del asma? _____
11. En el pasado año, ¿Cuántas veces fue atendido su niño(a) en una sala de emergencias a consecuencia del asma? _____
12. ¿Cuán frecuentemente su niño(a) es sometido a evaluaciones rutinarias del asma por su médico? _____

13. ¿Necesita su niño(a) de consideraciones especiales relacionadas con el asma mientras está en la escuela? (Marque todas las que apliquen y describa brevemente).
 - Clase de educación física modificada _____
 - Recreo fuera de la escuela modificada _____
 - No tener animales en el salón de clases _____
 - Evitar ciertas comidas _____
 - Preocupaciones emocionales y de comportamiento _____
 - Consideraciones especiales durante los pasadías _____
 - Transportación especial para ir y regresar de la escuela _____
 - Observar posibles efectos secundarios a consecuencia de los medicamentos _____
 - Otras _____
14. ¿Sabe usted cuál es el índice máximo del estado habitual de su niño(a)? Sí No Índice _____
15. ¿Piensa usted que su niño(a) se limita a participar en todas las actividades de la escuela debido a su padecimiento de asma? Si es así, describa por favor. _____
16. ¿Ha asistido usted a una clase educativa sobre el asma? Sí No
17. ¿Ha tenido su niño(a) educación sobre el asma? Sí No

**Le agradecemos su tiempo y cooperación
 para analizar las necesidades especiales de su niño(a) en la escuela.**