**Escuelas Saludables de Kansas** **Formulario de admission de salud para el Asma**

**Nota:** Los padres deben proporcionar el plan de manejo medico a la escuela anualmente. Las ordines médicas, junto con la admission de salud a continuación, ayudan a la enfermera de la escuela a desarrollar un Plan de atención médica individual para el estudiante.

**Nombre de estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimento:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**

**Padre/Guardiano 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Información del contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Padre/Guardiano 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Información del contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seguro de salud:** □Privado □Medicaid/KanCare □Sin Seguro de salud

**Joya de alerta médica usada** □Si □No **IEP?** □Si □No **Actual plan 504?** □Si □No

**Modo de transporte hacia y desde la escuela:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Participa el estudiante en actividades antes o después de la escuela?** □Si □No

**Estudiantes edad de inicio de los sintomas del asma:** \_\_\_ **Edad al diagnonis del asma:** \_\_

**Qué síntomas muestra el estudiante durante un episodio de asma?** (Por favor marque todos los que apliquen): □ Sibilancias □Tos □Dificultad para respirar □Opresión en el pecho □ Otro (por favor enumere):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Durante el día,** con qué frecuencia el estudiante tiene dificultades para toser, jadear, o respirar? □ 2 veces por **semana** or menos □ más de 2 veces a **la semana** □ todo el tiempo, durante todo el dia, **todos** los días

**Durante la noche**, con qué frecuencia se despierta el estudiante por que tiene toser, o respirar con dificultad? □ 2 noches **al** **mes** o menos □ mas de 2 noches **al mes** □ mas de 2 noches a **la semana** □ mas de 4 noches a **la semana**

**Cuánto interrumpe el hermano del asma del alumno las actividades normales** (jugar, hacer deporte, corer)? □ Nunca □ Casi nunca □ A veces □Con frecuencia □ Todo el tiempo

**Cuántas veces han estado los estudiantes en la sala de emergencias o hospitalizadors por asma en el ultimo año?** □ 0 veces □ 1 vez □ 2 veces □ 3-4 veces □ 5 veces o mas

**Cuántos días el estudiante faltó a la escuela el año pasado por síntomas de asma (sibilancies, tos, dificultad par respirar)?** □ 0 diaz □ 1-2 diaz □ 3-5 diaz □ 6-9 diaz □ 10-14 diaz □ 15 diaz o mas

**El estudiante también tiene una alergia o anafilaxia potencialmente mortal?** □Si □No En caso afirmativo, explíquelo porfavor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Qué desencadena el asma del estudiante o qué empeora los síntomas?** (por favor marque todos los que apliquen) □ Animales/Mascotas □ Cambios en el clima/frío o calor □ Acaros del polvo/polvo □ Humo □ Estrés/trastorno emocional □ Molde □Hierba/flores □ Olores/perfumes □ Fuertes enfermedad/resfriados □ Otros (por favor enumere):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **El estudiante usa medidor de flujo máximo?** □Si □No

 En caso afirmativo, cuál es su mejor número personal de flujo máximo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tiene el estudiante un Plan de Acción para el Asma (AAP), escrito por un proveedor de atención médica?** □Si □No

 En caso afirmativo, ha traído una copia del AAP a la escuela? □Si □No

**Alguien en la casa fuma?** □Si □No

**Escriba los nombres y dosificación de los** medicamentos (inhaladores/sopladores, pildoras, liquidos, nebulizadores) que el estudiante toma para el asma y las alergias (tanto todos los dias como los medicamentos que necesita)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del medicamento** | **Dosificación** | **Diariamente o según sea necesario?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Qué tan bien toma el estudiante su medicamento para el asma?** (seleccione solo una respuesta)

□ Toma la medicina por si mismo □ Necesita ayuda para tomar medicamentos □ Actualmente no usa medicamentos

**Equipo y suministros proporcionados por los padres** (indicar para cada suministro enumerado):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Se quede en la escuela** | **Casa a la escuela todos los días** |
| **Medicamento diario para el asma** |  |  |
| **Medidor de flujo máximo** |  |  |
| **Espaciador para inhalador de dosis medida** |  |  |
| **Nebulizador/tubo/mascarilla** |  |  |

**Tiene su estudiante sistemas de apoyo familiar, de compañeros y de la comunidad?** □Si □No

**Describa la respuesta de su estudiante y el afrontamiento/adaptación actual para tener asma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Su proveedor de atención médica recomienda que su estudiante lleve y administer su propio inhalador?** □Si □No

**NOTA**: Antes del autocuidado/administracion, la enfermera de la escuela debe evaluar la capacidad del estudiante y la policia de medicamentos del distrito escolar debe recibir la 3 Escuelas Saludables de

**Firma de padre/guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**