



Health and Wellness Services

1200 South Barr Street • Fort Wayne, IN 46802 • Phone: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

ASTHMA Parent-Physician Information 2022-23

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Nombre del estudiante: _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Núm. de aula _____

Nombre del progenitor o tutor legal: _____ Teléfono durante el día: _____ Celular: _____

Teléfono de emergencia 1: _____ Relación: _____ Teléfono de día: _____ Celular: _____

Teléfono de emergencia 2: _____ Relación: _____ Teléfono de día: _____ Celular: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____ Médico del asma: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia Lutheran (W. Jefferson) Lutheran (Dupont) Parkview (North) Parkview (Randallia) Saint Joseph

Identifique lo que puede desencadenar síntomas de asma en su hijo. Marque todo lo que sea pertinente.

Animales Ejercicio físico Calor o frío extremos Resfriados/gripe Polen Humo Alergia a _____ Otro _____

Historial de asma

Edad en la que empezó a sufrir asma _____ Fecha de la última visita al doctor por el asma _____ Días que faltó el año pasado debido al asma _____

El año pasado, ¿cuántas hospitalizaciones de por lo menos una noche tuvo su hijo debido al asma? _____ ¿Cuántas visitas a Urgencias (ER)? _____

Califique el asma de su hijo (encierre en un círculo) (leve) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (muy grave)

Mi hijo sabe cómo usar apropiadamente un inhalador SÍ NO Mi hijo usa un espaciador con su inhalador SÍ NO Número de veces por semana que usa un inhalador de rescate _____

Plan de medicamentos de control diario del asma/alergias. ¿Qué medicamentos toma su hijo a diario para prevenir/controlar el asma?

Nombre del medicamento	Cantidad	Cuándo se toma (Hora)
1.		
2.		

Medicamentos de emergencia. ¿Qué medicamentos toma su hijo en caso de ataques graves de asma o alergia?

Nombre del medicamento	Cantidad	Cuándo se toma (Hora)
1.		
2.		
3.		

Actividades al aire libre y excursiones. Los medicamentos que siguen a continuación deben acompañar a mi hijo siempre que participe en actividades al aire libre o excursiones. Incluye las INSTRUCCIONES DE USO

1.	2.
----	----

Acepto que esta información (plan) sea compartida(o) con el personal apropiado que trabaja con el estudiante cuando sea necesario. Por la presente, eximo al distrito escolar Fort Wayne Community School y a cualquiera de sus agentes, empleados y administradores de toda responsabilidad por las lesiones o daños que pueda sufrir mi hijo como resultado del acuerdo del distrito de cumplir la petición que antecede. Estoy de acuerdo en permitir que la enfermera de la escuela contacte a mi médico en relación con el plan de tratamiento para el asma en la escuela. Acepto mantener al corriente al/a la enfermero(a) de la escuela por escrito sobre la salud de mi hijo y ponerme en contacto con él/ella si hay algún cambio en el plan de cuidado.

Firma del padre/madre _____ Fecha _____



Health Services

1200 South Barr Street • Fort Wayne, IN 46802 • Phone: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

ASTHMA Parent-Physician Information 2022-23

PHYSICIAN INFORMATION (INFORMACIÓN DEL MÉDICO) *This section is only to be filled out by the health care provider and is only necessary for the special circumstances listed below. (Esta sección es para que el proveedor de servicios de salud la complete y solo es necesaria para las siguientes circunstancias especiales).*

Student Name _____ D.O.B. _____

This student has a diagnosis of asthma and will require the following modifications to the school day to ensure his/her safety and wellbeing.

Student will need emergency asthma medications for the following symptoms

- on demand
- before activity
- coughing
- difficulty breathing
- chest tightness
- wheezing
- has a peak flow reading at or below _____
- may repeat medication dose x1 if no improvement
- Other _____

EMERGENCY ASTHMA MEDICATIONS TO BE USED AT SCHOOL

MEDICATION	AMOUNT	FREQUENCY	MAY REPEAT DOSE	SPECIAL DIRECTIONS
1.				
2.				

Student uses a peak flow meter.

Students tests peak follow daily at school only when symptomatic special directions for interventions _____

Student requires modifications for gym class

use inhaler before activity no gym class under the following circumstances _____

Student requires modifications for outdoor recess _____

use inhaler before activity no outdoor recess under the following circumstances _____

Student may carry own inhaler and administer without supervision while at school

Other modifications _____

Physician Signature _____

Date _____