



Student Services Department

181 Encinal Avenue, Atherton, CA 94027

(650) 321-7140

Fax: (650) 292-2200

CUESTIONARIO SOBRE EL ASMA

Fecha _____

Indique Plantel: Heritage Oak Laurel Encinal Oak Knoll Hillview

Por favor escriba con letra de molde.

Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Maestro(a): _____

Grado: _____

Nombre de Padre (madre): _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de Padre (madre): _____

Teléfono de Emergencia: _____

Registros de la escuela indican que su hijo(a) tiene alergias. Para mejor entender las condiciones, por favor conteste las preguntas a continuación.

Fue el asma diagnosticada por un doctor? Si No

Edad del niño(a) cuando tuvo primer episodio de asma: _____

Cuando se consulto a un doctor por esta condición? _____

Que tipo de reacciones tiene su hijo(a)? Marque todas las que apliquen.

Opresión en el pecho

Falta de aliento

Tos

Jadeo

Otra (por favor describa): _____

Que provoca el asma de su hijo(a)? _____

Con cuanta frecuencia ocurre esto? _____

Que tipo de medicamento se usa? 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Con cuanta frecuencia se necesita medicamento? _____

Interfiere esta condición de asma con actividades normales de Educación Física? Si No

Si hay limitaciones, por favor describa: _____

Necesita su hijo(a) medicamentos en la escuela? Si No Si indico que si, un *Formulario de Autorización de Medicamentos* debe ser completado y devuelto a la oficina de la escuela con el medicamento. El *Formulario de Autorización de Medicamentos* se puede encontrar en el sitio web del distrito www.district.mpcsd.org o en la oficina de la escuela.

Por favor devuelva este formulario completado a al oficina de la escuela lo mas pronto posible.

Firma de Padre (madre)

Fecha

Escriba Nombre