

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE SARASOTA, FLORIDA y  
EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA FLORIDA EN EL CONDADO DE SARASOTA  
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR  
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASOTA, FL 34231  
PHONE (941) 927-9000

**HISTORIAL DE ASMA**  
**(ASTHMA HISTORY-SPANISH)**

**Instrucciones:** Favor de completar y regresar a la clínica de la escuela para el \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. ¿Ha sido su hijo(a) alguna vez diagnosticado por un médico u hospitalizado por asma?  Sí  No  
Si contestó, sí, indique el nombre del médico tratando el asma de su hijo(a) \_\_\_\_\_

Teléfono del médico \_\_\_\_\_

2. ¿Aproximadamente con que frecuencia su hijo(a) tiene un ataque de asma? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuándo fue el último ataque? \_\_\_\_\_

4. ¿Qué provoca el asma de su hijo(a) o que lo empeora? \_\_\_\_\_

5. ¿Causa el ejercicio un ataque de asma? Sí  No  (Si contestó, Sí, explique) \_\_\_\_\_

6. ¿Afecta el clima el asma de su hijo(a)? Sí  No  (Si contestó, Sí, explique) \_\_\_\_\_

7. ¿Cuáles son los síntomas de asma de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

8. Mencione el medicamento(s) que su hijo(a) toma rutinariamente, la dosis, y la frecuencia con la que tiene que ser tomado en la escuela? (Si el medicamento tiene que ser tomado en la escuela, entonces necesitamos tener una Forma de Autorización para Medicamento/Tratamiento en los archivos). \_\_\_\_\_

9. ¿Padece su hijo(a) de algún efecto secundario causado por estos medicamentos? Sí  No   
(Si contestó, Sí, explique) \_\_\_\_\_

10. ¿Usa su hijo(a) usualmente un aparato adicional, el cual se adhiere al inhalador proporcionando así más espacio (un tubo transparente que ayuda a que el medicamento llegue a los pulmones)?  
 Sí  No  No lo sé

11. ¿Entiende su hijo(a) el asma y que el/ella debe hacer para manejar la condición? Sí  No   
(Si contestó, Sí, explique) \_\_\_\_\_

12. ¿Usa su hijo(a) un aparato en el cual el/ella sopla para medir la cantidad de aire en su vía respiratoria?  
Sí  No  No lo sé. Si contestó, Sí, ¿Cuál es el número más alto que marcó el aparato? \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha