***ASTHMA INTAKE FORM***

# DOES YOUR CHILD HAVE ASTHMA?

****

**No** – STOP HERE

****

## **Yes** – Please complete this form

If you have any questions, please contact your child’s school nurse.

Date form completed: Student ID Student Name: Birth date:

Parent/Guardian Name & Phone #: Name of person completing form and relationship (i.e. mom, dad, grandma): Health Care Provider for asthma (name & phone #):

1. In the past 12 months, how many times has your child visited the ER/urgent care or had an urgent doctor’s office visit for asthma?







2 times  3 times  4 times  5 or more times

0 times 1 times

1. In the past 12 months, how many times has your child been hospitalized overnight for asthma?  0 times





1 times  2 times  3 times  4 times  5 or more times

1. In the past 12 months, how many times has your child used oral steroids (prednisone, Orapred) to treat an asthma attack?  0 times  1 times







2 times  3 times  4 times  5 or more times

1. How many days of school did your child miss this past school year because of asthma?  0 days  1-2 days  3-5 days









6-10 days  11-15 days  16 or more days

1. In the past 4 weeks, how often has your child used a rescue or reliever medicine (a syrup, inhaler, or breathing machine) to relieve coughing, trouble breathing, or wheezing?







3 or more days/week but not every day  Every day

 Never  1-2 days/week

1. In the past 4 weeks, how often has your child had coughing, trouble breathing, or wheezing in the morning or during the day?







3 or more days/week but not every day  Every day

 Never  1-2 days/week

1. In the past 4 weeks, how often has your child awakened at night because of coughing, trouble breathing, or wheezing?  Never  1-2 times/month







3 or more times/month  2 or more times/week  Every night

1. In the past 4 weeks, how often has your child’s asthma bothered or interrupted him/her during normal activities (playing, running around, and sports)?









Often  All of the time

 Never Rarely  Sometimes

1. What triggers your child’s asthma? (Check all that apply)















 Illness (colds)  Smoke Allergies:CatDog Dust Mold Pollen







 Emotions (crying, laughing, stress)  Exercise/physical activity Food:  Weather changes  Strong odors/smells Other:





1. Please write the names or colors of medicines (inhalers/puffers, pills, liquids, nebulizers) your child takes for asthma and allergies (the ones every day and as needed) and give the nurse a copy of your written asthma treatment plan.

|  |  |
| --- | --- |
| **List Names or Colors of Medicines Used for Asthma** |  |
|  |
|  |

1. How well does your child take asthma medicines? (Only one answer)







Takes medicine by self Needs help taking medicine Not using medicine now

Parent Signature Date School Nurse Reviewed Date

# ¿SU HIJO PADECE DE ASMA?

****

**No** – **NO DEBE LLENAR ESTE FORMULARIO**

****

## **Sí** – Debe llenar este formulario

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la enfermera de la escuela de su hijo.

Fecha en que llena el formulario: N.º de ID del estudiante: Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento:

Nombre del padre o tutor legal y n.º de teléfono: Nombre de la persona que llena el formulario y parentesco (p.ej. mamá, papá, abuela): Médico tratante del asma (nombre y n.º de teléfono):

1. ¿Cuantas veces en los últimos 12 meses ha ido su hijo a una sala de emergencia /de cuidados urgentes o al médico debido al asma? 0 veces 1 vez







2 veces  3 veces  4 veces  5 veces o más

1. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha sido hospitalizado su hijo por causa del asma?  0 veces





1 vez  2 veces  3 veces  4 veces  5 veces o más

1. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado su hijo corticoesteroides orales (prednisona, Orapred) para tratar una crisis asmática?







2 veces  3 veces  4 veces  5 veces o más

 0 veces  1 vez

1. ¿Cuántos días faltó a clases su hijo en los últimos 12 meses debido al asma?  0 días  1-2 días  3-5 días









6-10 días  11-15 días  16 o más días

1. ¿Con qué frecuencia ha usado su hijo una medicina de rescate o de alivio (un jarabe, inhalador o máquina para respirar) en las últimas 4 semanas para aliviar la tos, problemas respiratorios o sibilancias?







3 o más días a la semana pero no todos los días  Todos los días

 Nunca  1-2 días a la semana

1. ¿En las últimas 4 semanas, con cuánta frecuencia ha tenido su hijo tos, problemas respiratorios o sibilancias en la mañana o durante el día?







3 o más días a la semana pero no todos los días  Todos los días

 Nunca  1-2 días a la semana

1. ¿En las últimas 4 semanas, con cuánta frecuencia su hijo se ha despertado en la noche por causa de la tos, problemas respiratorios o sibilancias?







3 o más veces al mes  2 o más veces a la semana  Todas las noches

 Nunca  1-2 veces al mes

1. ¿Con qué frecuencia el asma de su hijo ha sido una molestia o ha interrumpido sus actividades normales (jugar, correr y deportes) en las últimas 4 semanas?









Con frecuencia  Todo el tiempo

 Nunca  Rara vez  Algunas veces

1. ¿Qué provoca el asma de su hijo? (Marque todas las que correspondan)















 Enfermedad (resfriados)  Humo Alergias: Gato  Perro  Polvo  Moho Polen







 Emociones (llorar, reír, estrés)Ejercicio/actividad física Alimentos:  Cambios de tiempo  Olores fuertes Otro:





1. Escriba los nombres o colores de las medicinas (inhaladores, pastillas, líquidos, nebulizadores) que su hijo toma para el asma y las alergias (las que usa a diario y según sea necesario) y entregue a la enfermera una copia de su plan escrito para el tratamiento del asma.

|  |  |
| --- | --- |
| **Liste los nombres o colores de las medicinas usadas para el asma** |  |
|  |
|  |

1. ¿Cómo toma su hijo las medicinas para el asma? (Solo una respuesta)







 Toma la medicina solo  Necesita ayuda para tomar la medicina  En este momento, no toma medicinas

Firma del padre Fecha Revisado por la enfermera escolar Fecha