

613 W. Teapot Dome Ave.
Porterville, Ca. 93257
Phone: 559 784-1064
Fax: 559-784-1905



Board of Trustees:
Bob Nuckols, Clerk
Tom Cemo, Member
Tim Newby, Member

Melanie Matta, Superintendent/Principal

Asthma Sheet 2022/2023

Forma de Asma 2022/2023

Name of Student _____ Date of Birth _____

Nombre de Alumno

Fecha de Nacimiento

1. Does your child have asthma? If yes, fill out the remainder of this form and return. If no, please sign and return.
¿Tiene su niño asma? Si su respuesta es SI, por favor completar el resto de esta forma y devolver. Si su respuesta es NO, por favor de firmar y devolver.

Name of Parent/Guardian _____

Nombre de Padre/Tutor

Home Phone _____ Work Phone _____ Cell _____

Número de Teléfono

Trabajo

Celular

Physician Treating Child's Asthma _____ Phone _____

Medico dando tratamiento para el asma

Telefono

2. When was your child's last asthma attack?
¿Cuándo fue el último ataque de asma de su niño?
3. Approximately how often does the child have an acute episode?
¿Aproximadamente que tan seguido tiene el niño un ataque severo?
4. Briefly describe what causes the child's asthma symptoms:
Brevemente describa que es lo que le causa al niño los síntomas de asma:
5. Does he or she do breathing exercises that are helpful in managing the asthma?
¿El niño hace ejercicios de respiración que le ayudan a controlar el asma?
6. In which sports can the child fully participate?
¿En qué deportes puede el niño participar completamente?
7. Does exercise induce episodes of asthma? (If so, list types of exercise.)
¿El ejercicio le induce episodios de asma? (Si la respuesta es SI, qué tipo de ejercicio.)
8. Do certain weather conditions affect your child's asthma?
¿El tiempo afecta la condición del asma del niño? (Ejemplo: Invierno)

EVERY CHILD, EVERY OPPORTUNITY, EVERY DAY

9. Names of medication taken routinely:

Nombre de medicamento tomado rútonamente:

Name of medication/***Nombre de Medicamento*** _____

Dosage/***Dosis*** _____

How Often/***Que tan seguido*** _____

When/***Cuando*** _____

10. Does your child suffer any side effects to these medications? (If so, please list)

¿El niño sufre de algún efecto secundario al medicamento?

11. Does your child understand asthma and what does he or she do to manage it?

¿Su niño entiende el asma y que hace él o ella para manejarla?

12. How do you want the school to treat an episode of asthma should it occur?

¿Qué tan seguido quiere que la escuela trate un episodio de asma si ocurre?

13. If the child does not respond to medication, what action does the parent/guardian advise school personnel to take?

Si el niño no responde al medicamento, ¿cuál es el siguiente paso que debe tomar el personal de la escuela?

Comments/***Comentarios:***

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Firma de Padres/Tutor

Fecha