

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?
 0 times 1 times 2 times 3 times 4 times 5 or more times
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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?
 Never 1-2 days/week 3 or more days/week but not every day Every day
6. In the past 4 weeks, how often has your child had coughing, trouble breathing, or wheezing in the morning or during the day?
 Never 1-2 days/week 3 or more days/week but not every day Every day
7. 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
8. 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)?
 Never Rarely Sometimes Often All of the time
9. What triggers your child's asthma? (Check all that apply)
 Illness (colds) Smoke Allergies: Cat Dog Dust Mold Pollen
 Emotions (crying, laughing, stress) Exercise/physical activity Food: _____
 Weather changes Strong odors/smells Other: _____

10. 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	

11. 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 _____

Asthma Intake Form

¿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. ¿Cuántas 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
2. ¿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
3. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado su hijo corticoesteroides orales (prednisona, Orapred) para tratar una crisis asmática?
 0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más
4. ¿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
5. ¿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?
 Nunca 1-2 días a la semana 3 o más días a la semana pero no todos los días Todos los días
6. ¿En las últimas 4 semanas, con cuánta frecuencia ha tenido su hijo tos, problemas respiratorios o sibilancias en la mañana o durante el día?
 Nunca 1-2 días a la semana 3 o más días a la semana pero no todos los días Todos los días
7. ¿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?
 Nunca 1-2 veces al mes 3 o más veces al mes 2 o más veces a la semana Todas las noches
8. ¿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?
 Nunca Rara vez Algunas veces Con frecuencia Todo el tiempo
9. ¿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: _____

10. 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	

11. ¿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 _____