

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

Asthma Information from Parent

Student's name _____ D.O.B. _____ School _____ Teacher/grade _____

Parent/Guardian _____ Phone(H) _____ Phone(W) _____ Phone(Cell) _____

Parent/Guardian _____ Phone(H) _____ Phone(W) _____ Phone(Cell) _____

Emergency contact _____ Relationship _____ Phone _____

Physician/Clinic _____ Phone(office) _____ FAX _____

Does your child see another physician/clinic for asthma (If yes, please complete doctor information)? Yes No
Physician/Clinic _____ Phone(office) _____ FAX _____

List all medications: Home _____
School _____

What triggers your child's asthma attack (Check all that apply)

- Insect Bites/ Stings
- Dust/ Dust Mites
- Exercise
- Pest/ Roaches
- Cold air
- Strong odors, perfume, cleaning products
- Cigarette smoke
- Stuffed Animals
- Mold
- Pets
- Weather changes
- Foods: _____
- Colds/ Flu/Illness
- Carpet
- Ozone alert days
- Plants, flowers, cut grass, pollen
- Wood smoke
- Emotion
- Other: _____

Does student have an Epipen? Yes No

Describe the symptoms your child experiences before or during an asthma episode (Check all that apply)

- Cough
- Shortness of breath
- Wheezing
- "Tightness" in chest
- Breathing hard and fast
- Runny nose
- Rubbing chin/ neck
- Feeling tired/ weak
- Other: _____

How many years has your child had asthma? ____/years or ____/month
How often does your child wheeze or cough? ____/week or ____/month

Does your child have nighttime coughing or wheezing? Yes No: If yes, how often? ____/week ____/month

What does your child do at home to relieve breathing difficulties during an asthma attack?
Rest/relaxation _____ Drinks/Liquids _____ Medications _____ Other: _____

Would you like additional asthma educational information? Yes No

Authorization for Release of Medical Information:

1. **I hereby authorize** _____ to furnish asthma- related information regarding
my child _____ Clinic/Provider _____
Student's Name _____ to the Student Health Services personnel at _____ school.

Parent/Guardian Signature _____ Print Name _____ Date _____

2. **I give permission** for the school nurse to communicate with my child's doctor concerning their asthma and its treatment

Parent/Guardian Signature _____ Print Name _____ Date _____

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

Información de los padres sobre Asma

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro/grado _____

Padre/Custodio legal _____ Teléfono (C) _____ Teléfono(T) _____ Teléfono(Cel.) _____

Madre/Custodio legal _____ Teléfono (C) _____ Teléfono(T) _____ Teléfono(Cel.) _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Médico/Clínica _____ Teléfono(oficina) _____ FAX _____

¿Su hijo(a) ve otro médico / clínica para el asma? (Si es "sí", sírvase llenar la información del doctor) Sí No
Médico/Clínica _____ Teléfono(oficina) _____ FAX _____

Lista de todas las medicinas: casa _____
escuela _____

Qué es lo que provoca el ataque de asma de su hijo(a) (marque todo lo que se aplique)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> picaduras de insecto/ aguijones | <input type="checkbox"/> humo de cigarrillos | <input type="checkbox"/> resfriados/ influenza/enfermedades |
| <input type="checkbox"/> polvo/ garrapatas del polvo | <input type="checkbox"/> animales de peluche | <input type="checkbox"/> alfombra |
| <input type="checkbox"/> ejercicio | <input type="checkbox"/> moho | <input type="checkbox"/> días de alerta por ozono |
| <input type="checkbox"/> plagas/ cucarachas | <input type="checkbox"/> mascotas | <input type="checkbox"/> Plantas, flores, pasto cortado, polen |
| <input type="checkbox"/> aire frío | <input type="checkbox"/> cambios del tiempo | <input type="checkbox"/> humo de madera |
| <input type="checkbox"/> olores fuertes, perfume, productos de limpieza | <input type="checkbox"/> alimentos: _____ | <input type="checkbox"/> emoción |
| | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

¿Tiene el estudiante un auto-inyector? Sí No

Describa los síntomas de su hijo(a) antes o durante un episodio de asma (Marque todos los que se apliquen)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> tos | <input type="checkbox"/> "opresión" en el pecho | <input type="checkbox"/> frotamiento de barbilla/cuello |
| <input type="checkbox"/> dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> respiración áspera y rápida | <input type="checkbox"/> sensación de fatiga/ debilidad |
| <input type="checkbox"/> resuello silboso | <input type="checkbox"/> escurrimiento nasal | <input type="checkbox"/> otros: _____ |

¿Cuántos años ha tenido asma su hijo(a)? ____/años o ____/meses

¿Con qué frecuencia resuella o tose su hijo(a)? ____/por semana o ____/mes

¿Tose o resuella su hijo(a) durante la noche? Sí No: If es "sí", ¿con qué frecuencia? ____/semana ____/mes

¿Qué hace su hijo en casa para aliviar la respiración difícil durante un ataque de asma?
descansar/relajarse beber/líquidos medicinas Otra cosa: _____

¿Querría Ud. tener más información educativa sobre el asma? Sí No

Autorización para dar información médica:

1. **Por este documento autorizo a** _____ a dar información sobre el asma de mi hijo(a)
Clínica/Proveedor
_____ al personal de salud estudiantil en la escuela _____.
Nombre del estudiante

Firma de padres/custodio legal

Nombre en letra de molde

Fecha

2. **Doy permiso** de que la enfermera escolar se comunique con el doctor de mi hijo(a) sobre el asma y su tratamiento

Firma de padres/custodio legal

Nombre en letra de molde

Fecha