



Winton School District

INFORMACION SOBRE ASTMA DEL ESTUDIANTE

Nombre de Estudiante _____ Salón de Clase _____

Explique los tipos de síntomas que su hijo/a experiencia (i.e., resollando, tosiendo, estresado).

Que tan seguido a su hijo/a le dan ataques?

Semana _____ Mes _____ Año _____

Que es lo que usualmente causa o provoca el ataque? (si sabe)

Que es lo que usualmente ayuda si ocurre un ataque?

Medicamentos que el niño/a toma: Nombre, dosis, frecuencia:

Efectos secundarios de medicamento que su hijo/a experiencia:

Su hijo usa un metro de flujo? Si _____ No _____

Si si, cual es actualmente el mejor metro de flujo? _____

Información adicional/Instrucciones:

PORFAVOR COMUNIQUESE CON LA ENFERMERA DE LA ESCUELA CON INFORMACION O SI LA CONDICION DE SU HIJO/A CAMBIA DURANTE EL ANO ESCOLAR.

Gracias por ayudar a proveer el mejor cuidado para su hijo/a.