

Student Name: _____ Birth date: _____

COLORADO SCHOOL HEALTH ASTHMA CARE PLAN ASTHMA (OR BREATHING PROBLEMS) INFORMATION FORM

Dear Parent/Guardian: It has come to our attention that your child has asthma or breathing problems. The school nurse needs more information to help us take care of your child at school. Please complete and return this form to school. If you have any questions, please contact your child's school nurse.

Parent/Guardian Name & Phone #: _____

Parent/Guardian Name & Phone #: _____

Other Emergency Contact Name & Phone #: _____

Health Care Provider for asthma & Phone #: _____

1. How much does your child's asthma bother or interrupt him/her during normal activities (playing, running around, and sports)? Never Rarely Sometimes Often All of the time

2. How many times has your child been had urgent care or hospitalized for asthma in the past year?
 0 times 1 time 2 times 3 times 4 times 5 or more times

3. a) 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: _____

b) Does your child have a life threatening allergy or anaphylaxis? Yes No

- If so, does s/he have an epi-pen at school? Yes No

If "yes", complete a Severe Allergy Plan available from the school nurse

4. Describe the symptoms your child typically experiences before or during an asthma episode: (Check all that apply)
 Coughing Rubbing chin/neck Clearing the throat Trouble breathing
 Breathing hard/fast Feeling tired/weak Wheezing Runny nose
Other _____

5. 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).

List Names	_____
or Colors of	_____
Medicines	_____
Used	_____

6. How well does your child take his/her asthma medications? (Check only one answer?)
 Takes medicine by self Needs help taking medicine Not using medicine now

7. 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/wk 3 or more days/wk but not everyday Everyday

8. 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/wk 3 or more days/wk but not everyday Everyday

9. In the past 4 weeks, how often has your child had coughing, trouble breathing, or wheezing at night while sleeping?
 Never 1-2 times 3 or more times/month 2 or more times/week Every night

Parent Signature _____ Date _____

School Nurse Review and Additional Information:

Nurse Signature _____ Date _____

Student Name: _____ Birth date: _____

Asma Formulario de Informacion

Querido Padres/Guardián: Ha llegado a nuestra atención que su hijo/a tiene asma o problemas respiratorios. La enfermera de la escuela necesita más información para poder ayudar en el cuidado de su hijo/a en la escuela. Complete

Nombre y Número telefónico del Padre/Guardián: _____

Nombre y Número telefónico de Madre/Guardián: _____

Otro Nombre y Número Telefónico en Caso de Emergencia: _____

Nombre y Numero Telefónico del médico o doctor de su hijo/a: _____

1. ¿Qué tanto le molesta o interrumpe el asma de su hijo/a durante las actividades normales (como jugar, correr, hacer deportes)?
 Nunca Rara la vez Algunas veces Con frecuencia Todo el tiempo
2. ¿Cuántas veces a estado su hijo/a en el departamento de atención de urgencia u hospitalizado durante el año pasado? 0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces o más
3. a) ¿Qué provoca el asma de su hijo/a? (marque todo lo que aplique)
 Enfermedades (resfríos) Humo Alergias: Gatos Perros Polvo Moho Polen
 Emociones (llorar, reír, estrés) Ejercicio/actividad física Comida: _____
 Cambios en la temperatura ambiental Olores fuertes Otros: _____
- b) ¿Tiene su hijo/a alguna alergia o una anafilaxis que ponga la vida en peligro? Si No
- Si la respuesta es si: tiene el/ella un auto inyector (epinephrine) en la escuela? Si No
Si la respuesta es si, complete la forma de Plan de Alergia Severa que la enfermera le proporcionara
4. Describa los síntomas que su hijo/a típicamente experimenta antes o durante los ataques de asma: (marque todo lo que aplique) Tos Comezón de barbilla/cuello Aclarar la garganta Problemas para respirar
 Respirando rápido/profundo Cansancio o debilidad silbido en el pecho Flujo de nariz
 Otro _____
5. Por favor escriba los nombres o colores de los medicamentos (inhaladores, pastillas, líquidos, nebulizadores) que su hijo/a toma para el asma y alergias (las que necesita todos los dias o cuando sea necesario).

Lista de todos los nombres y colores de las medicinas que utilice	

6. ¿Qué tan bien toma las medicinas su hijo/a para el asma? (marque solamente una)
 Se la toma solo/a Necesita ayuda para tomarla Ahora no esta tomando medicina
7. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan frecuente ha usado medicamento de rescate o algún calmante (jarabe, inhalador, maquina de nebulizador) para la tos, problema para respirar, o silbido?
 Nunca 1-2 dias por semana 3 o mas dias por semana pero no todos los dias Todos los dias
8. En las últimas 4 semanas, ¿Que tan frecuente tiene su hijo/a tos, problemas para respirar, o silbido en la mañana o durante el día? Nunca 1-2 dias por semana 3 o mas dias por semana pero no todos los dias Todos los dias
9. En las últimas 4 semanas, ¿Que tan frecuente tiene su hijo/a tos, problemas para respirar, o silbido en la noche mientras duerme? Nunca 1-2 veces 3 o mas veces por mes 2 o mas veces por semana Cada noche

Firma _____ Fecha _____

School Nurse notes and Signature on page 1