

PAJARO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

294 Green Valley Road, Watsonville, CA 95076

Department of Special Services

H-1b

ASTHMA QUESTIONNAIRE

Student's Name _____

Date _____

Date of Birth _____

School _____

Grade _____

Teacher _____

Parent phone _____

Emergency phone # _____

According to our records, your child has asthma. So that we can better understand the condition, please complete the questions listed below:

1. Was the asthma diagnosed by a physician? Yes No

Child's age with first asthma episode? _____

When was doctor last consulted for this condition? (approx. date) _____

2. What type of reaction does your child have: (check which applies)

Tightness in chest

Other symptoms (please describe)

Shortness of breath

Coughing

Wheezing

What triggers your child's asthma? _____

How frequently does this occur? _____

3. Would this asthma condition interfere with usual P.E. activities? Yes No

If there are limitations, please describe: _____

4. What type of medication is used? 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

How frequently is rescue medication needed? _____

Does your child need to keep medication at school? Yes No

If so, please fill out the attached form and return it with the medication.

5. Name of physician _____

Physician Phone _____

Fax _____

Please return this form(s) to school nurse as soon as possible.

Parent Signature

Date

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE DE PAJARO

294 Green Valley Road, Watsonville, CA 95076

Departamento de Servicios Especiales

H-1b(s)

CUESTIONARIO DE ASMA

Nombre del Alumno _____

Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____

Grado _____

Maestro _____

Teléfono del Padre _____

de Teléfono de Emergencia _____

De acuerdo a nuestros archivos, su niño tiene asma. Para que nosotros podamos mejor entender la condición, favor de completar las preguntas mencionadas abajo:

1. ¿Fue diagnosticada el asma por un medico? Sí No

¿A que edad tuvo el niño su primer episodio de asma? _____

¿Cuándo fue la última vez que consultó al doctor por esta condición? (fecha aproximada) _____

2. ¿Qué tipo de reacción tiene su niño?: (revise la que aplica)

Opresión en el Pecho

Otros síntomas (favor de describirlos)

Respiración corta

Tos

Respiración jadeante

¿Qué desencadena el asma de su niño? _____

¿Qué tan frecuente corre esto o? _____

3. ¿Podría esta condición de asma interferir con las actividades usuales de Ecuación Física? Sí No

Si existen limitaciones, favor de describirlas: _____

4. ¿Qué tipo de medicamento está usando? 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

¿Qué tan frecuentemente es necesario el medicamento de rescato? _____

¿Necesita su niño mantener medicamento en la escuela? Sí No

Si es si, favor de completar el formulario adjunto y regréselo con el medicamento.

5. Nombre del Medico _____

Teléfono del Medico _____

Fax _____

Favor de regresar este formulario(s) a la enfermera escolar tan pronto sea posible.

Firma de los Padres

Fecha