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. ¿Cuantas 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 _____