# Asthma Information from Parent

Student's name_____D.O.B_____School_____Teacher/grade_____Student ID#_____

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
   Clinic/Provider
   my child _____ to the Student Heath Services personnel at _____school.
   Student's Name

   _____ _____ _____
   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

# Información de los padres sobre Asma

Nombre del estudiante _____Fecha de nacimiento_____Escuela_____Maestro/grado_____Student ID#_____

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)

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

| | | |
|---|---|---|
| □tos | □"opresión " en el pecho | □frotamiento de barbilla/cuello |
| □dificultad para respirar | □respiración áspera y rápida | □sensación de fatiga/ debilidad |
| □resuello silboso | □escurrimiento nasal | □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