

CARTA AL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL: ALERGIA O ASMA
(Devuelva este formulario a la enfermería de la escuela de su hijo lo más pronto posible)

Fecha: _____ Escuela y grado: _____

Estimado padre, madre o tutor legal:

Nuestros registros indican que su hijo(a) _____ padece de alergias aéreas o ambientales, o asma. Si su hijo(a) padece de **alergias** por favor complete la Sección A. Si su hijo(a) tiene **asma**, por favor complete la Sección B. ¡Gracias!

Enfermero(a) escolar y número de teléfono _____

Sección A: Alergias ambientales

1. Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias ambientales: _____

2. ¿Se ha sometido su hijo(a) a pruebas de alergia mediante su proveedor de atención médica? _____

3. Los síntomas de alergia de mi hijo(a) incluyen:
____comezón en la nariz y ojos
____secreción nasal
____estornudo

4. Los síntomas de alergia de mi hijo(a) empeoran durante las siguientes estaciones:
____primavera
____verano
____otoño
____invierno

5. ¿Qué medicamento(s) toma su hijo(a) para sus síntomas de alergia?

6. Nombre y número de teléfono del proveedor de atención médica que trata las alergias de su hijo(a):

Sección B: Asma

1. ¿Qué empeora el asma de su hijo(a)? (marque todas las opciones que apliquen):
____estar resfriado (infección viral)
____alergias ambientales
____ejercicio

____ cambio en el clima
____ otro (por favor describa): _____

2. Describa los síntomas de asma de su hijo(a): _____

3. ¿Ha sido visto su hijo(a) en la sala de emergencias o cuidado urgente por síntomas de asma en el último año? Si sí, por favor describa:

4. ¿Le han prescrito un esteroide oral (como prednisona) en los últimos 6 meses? Si sí, ¿cuándo? : _____

5. ¿Alguna vez ha sido admitido en la unidad de cuidados intensivos debido al asma? Si sí, ¿cuándo? _____

6. Describa cualquier restricción de actividad: _____

Provea una nota del proveedor de atención médica de su hijo(a) para cualquier limitación en el gimnasio o el receso.

7. Por favor, escriba todos los medicamentos de asma que se le hayan prescrito a su hijo(a) (nombre del medicamento, dosis y cuando se utiliza).

8. ¿Su hijo reconoce sus síntomas de asma y sabe cuándo pedir ayuda?

9. ¿Llevará consigo su hijo(a) su propio inhalador de rescate? ____ Sí ____ No

10. Nombre y número de teléfono del proveedor de atención médica que trata el asma de su hijo(a):

Firma del padre, madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Número de teléfono en casa: _____

Número de teléfono en el trabajo: _____