



HISTORIAL DE ASMA DEL ESTUDIANTE

ESTUDIANTE Nombre y fecha de nacimiento del estudiante	
SEVERIDAD ¿El asma de su hijo es leve, moderada o severa?	
FRECUENCIA ¿El asma de su hijo es intermitente (no diaria) o persistente (diaria)?	
DESENCADENANTES ¿Qué desencadena el asma de su hijo?	<input type="checkbox"/> Humo <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Reflujo ácido <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Moho/Hongos <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Alérgenos <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Otro:
TIPO DE SÍNTOMAS Dígame sobre qué tipo de síntomas tiene su hijo.	<input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Tos severa <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Falta de respiración <input type="checkbox"/> Opresión en el pecho <input type="checkbox"/> Otro (describa:)
COMIENZO ¿Cuándo diagnosticaron a su hijo con asma?	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia tiene su hijo reacciones de asma?	
MANTENIMIENTO ¿Su hijo toma diariamente medicamentos de mantenimiento para controlar el asma?	
MEDICAMENTOS DE RESCATE ¿Qué medicamentos de rescate usa su hijo?	
HISTORIAL ¿Ha requerido su hijo un cuidado de emergencia o una hospitalización por asma?	
PROVEEDOR ¿Quién es el especialista de asma, alergólogo o inmunólogo de su hijo?	
ACOMODACIONES ¿Su hijo requiere alguna acomodación relacionada con el asma?	
RESTRICCIONES ¿Tiene su hijo alguna restricción relacionada con el asma?	

**LLENADO DEL
FORMULARIO**

¿Quién llenó este
formulario? ¿Fecha?