



# Fort Bend Independent School District School Health Services

## Questionnaire for Parents of a Child with Asthma

Student's Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ School Year \_\_\_\_\_  
 School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_  
 Parent's Name(s) \_\_\_\_\_ Telephone (home) \_\_\_\_\_ (work) \_\_\_\_\_  
 Name of Child's Doctor (for asthma) \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

The following information is helpful to your child's school nurse and school staff in determining any special needs for your child. Please answer the questions to the best of your ability and return this form to the school nurse. Please feel free to contact the school nurse to discuss your child's condition.

Nurse's Name \_\_\_\_\_ Telephone Number \_\_\_\_\_

- How long has your child had asthma? \_\_\_\_\_
- How many days would you estimate he/she missed school last year due to asthma?  
 None  5 days or less  More than 5 days
- How many times has your child been in the hospital overnight or longer for asthma in the past year?  
 None  5 times or less  More than 5 times
- How many times has your child been treated in the emergency room for asthma in the past year?  
 None  5 times or less  More than 5 times
- How often does your child see his/her doctor for routine asthma evaluations? \_\_\_\_\_
- What do you think triggers your child's asthma attacks? (Please check any that apply.)  
 Illness  Emotions  Medications  Foods  Fatigue  
 Weather  Exercise  Cigarette Smoke  Chemical odors  
 Other \_\_\_\_\_

- What does your child do at home to relieve wheezing during an asthma attack? (Please check any that apply.)  
 Rest/relaxation  Takes the following medication (s)  
 Breathing exercises  Inhaler  Nebulizer (Breathing Machine)  Medication by mouth  
 Drinks liquids  
 Other (please describe) \_\_\_\_\_

- Please list the medications your child takes for asthma (every day and as needed).  

Name of Medication	How much?	How often?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

If medications are to be given during school, a medication permission slip needs to be completed yearly. Medications must be in the original labeled container. (When you have prescriptions filled you can ask the pharmacist to put them into two containers so you'll have one for school and one for home use.)

- What, if any, side effects does your child have from his/her medications? \_\_\_\_\_
- Has your child been taught how to use an extension tube, pulmonary aid, inspirease kit or other device with his/her inhaler?  
 Yes (Circle the device he/she knows how to use or list here \_\_\_\_\_)  No
- Do you know what your child's baseline peak flow rate is?  
 Yes Rate \_\_\_\_\_  No
- Have you ever attended an asthma education class?  
 Yes  No
- Has your child had asthma education?  
 Yes  No

**Fort Bend Independent School District  
School Health Services**

**Cuestionario para los Padres de Niños con Asma**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Año Escolar \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre/madre \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ (Trabajo)  
 Nombre del Doctor que trata al niño/a por el asma \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

La siguiente información es importante para la enfermera y el personal de la escuela que tienen que determinar cualquier necesidad especial de su hijo/a. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda y regrese este formulario a la enfermera de la escuela. Por favor contacte a la enfermera de la escuela para hablar sobre la condición de su hijo/a.

Nombre de la enfermera \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

1. ¿Hace cuánto tiempo que su hijo/a tiene asma? \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo cuántos días cree usted que faltó su hijo/a la escuela el año pasado debido al asma?  
 Ningún día     5 días o menos     Más de 5 días
3. ¿Cuántas veces fue hospitalizado/a el año pasado su hijo/a por una noche o más debido al asma?  
 Ningún día     5 días o menos     Más de 5 días
4. ¿Cuántas veces fue tratado/a el año pasado en el salón de emergencias su hijo/a por una noche o más debido al asma?  
 Ningún día     5 días o menos     Más de 5 días
5. ¿Qué tan frecuente ve su hijo/a a su doctor para hacerse un chequeo rutinario del asma? \_\_\_\_\_
6. ¿Qué es lo que cree usted que causan los ataques de asma de su hijo/a? (Por favor marque todas las causas)  
 Enfermedades     Emociones     Medicinas     Comidas     Fatiga  
 Clima     Ejercicio     Humo de Cigarrillo     Olores Químicos  
 Otras Causas \_\_\_\_\_

7. ¿Qué hace su hijo/a en la casa para aliviarse cuando le da un ataque de asma? (Por favor marque todos los remedios)  
 Descanso /Relajación     Toma la(s) Siguiete(s) Medicina(s)  
 Ejercicios de Respiración     Inhalador     Nebulizador(Aparato para Respirar)     Medicinasorales  
 Tomar líquidos  
 Otros (Por Favor describir) \_\_\_\_\_

8. Por favor escriba el nombre de las medicinas que su hijo/a toma para el asma (todos los días y cuando sea necesario).  

Nombre de la Medicina	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si su hijo/a tiene que tomar medicinas en la escuela, Ud. debe llenar anualmente la solicitud para la administración de medicamentos. Los medicamentos deben estar en el envase y con la etiqueta original. (Cuando llene las recetas usted le puede pedir al farmacéutico de que le llene dos botellas una para usarla en la casa y una para usarla en la escuela).

9. ¿Cuáles, si hay algunos, son los efectos secundarios que esta medicina le causa a su hijo/a? \_\_\_\_\_
10. ¿Le han enseñado a su hijo/a a usar los tubos de extensión, o una ayuda pulmonaria, o el equipo de inspiración con su inhalador?     Sí (Circule el aparato que él/ella sabe usar o escríbalo aquí \_\_\_\_\_)     No
11. ¿Sabe usted cuál es el mejor valor personal de flujo pico de su hijo/a?     Sí Valor \_\_\_\_\_     No
12. ¿Ha asistido Ud. alguna vez a una clase de educación sobre el asma?     Sí     No
13. ¿Ha recibido su hijo/a educación sobre el asma?     Sí     No