



CITY OF MERIDEN - SCHOOL HEALTH PROGRAM

Information Form for the Student with Asthma

Name: _____ DOB: _____ ☐ Male ☐ Female

Parent/Guardian: _____ Home Phone: _____ - _____ - _____

Address: _____ Work Phone: _____ - _____ - _____

Emergency Contact Name: _____ Phone: _____ - _____ - _____

Physician's Name: _____ Phone: _____ - _____ - _____

Age of Child's First Asthma Attack? _____ Date of Child's Last Asthma Attack? _____

How often does your child have an asthma attack? _____

Is your child taking medication(s) for asthma? ☐ Yes ☐ No

Does your child take medication at home for asthma? ☐ Yes ☐ No

At School? ☐ Yes ☐ No

Name of medication _____

How often? _____

Does your child use an inhaler? ☐ Yes ☐ No

How often? _____

Does your child use a nebulizer machine? ☐ Yes ☐ No

How often? _____

Does your child use a peak flow meter? ☐ Yes ☐ No

How often? _____

Are there any smokers living in the house? ☐ Yes ☐ No

Is smoking allowed inside the home? ☐ Yes ☐ No

Are there any family members in the home with asthma? ☐ Yes ☐ No

If yes, who? _____

Are there any pets in the home? ☐ Yes ☐ No

Type of pet: _____

Is there a wood burning stove in the home? ☐ Yes ☐ No

Is there a carpet in the home? ☐ Yes ☐ No

Vacuum cleaner? ☐ Yes ☐ No

Is there a washing machine in the home? ☐ Yes ☐ No

Air conditioner? ☐ Yes ☐ No

What affects your child's asthma? (Check ☒ all that apply)

☐ Pollen (grass, flowers, trees, etc.)	☐ Cigarette smoke	☐ A cold
☐ Mold	☐ Chalk, chalk dust	☐ Change in weather
☐ Animals, pets	☐ Paints, household cleaners	☐ Food medications
☐ Cockroaches	☐ Strong odors, perfume	☐ Stress, emotional upsets
☐ Dust, dust mites	☐ Exercise, sports	☐ Pesticides, household sprays

Does your child see a specialist for asthma? ☐ Yes ☐ No If yes, please provide the specialist's:

Name: _____ Address: _____

Has your child ever been hospitalized because of asthma? ☐ Yes ☐ No When: _____

On a scale of 1 – 5, please rate your child's asthma: (Not severe) 1 2 3 4 5 (Severe)

Parent / Guardian Signature : _____ Date : _____



CIUDAD DE MERIDEN – PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

Formulario de Información para El Estudiante con Asma

Nombre: _____ FDN: _____ ☐ Varón ☐ Hembra
Padre /Guardian: _____ Tel - Hogar: _____ - _____ - _____
Dirección: _____ Tel – Trabajo: _____ - _____ - _____
Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Tel: _____ - _____ - _____
Nombre del Doctor Medico : _____ Phone: _____ - _____ - _____
¿Edad del primer ataque de asma? _____ ¿Fecha del último ataque de asma? _____
¿Con qué frecuencia su hijo tiene un ataque de asma? _____
¿Su hijo está tomando medicamentos para el asma? ☐ Sí ☐ No
¿Su hijo toma medicamentos en casa para el asma? ☐ Sí ☐ No En la Escuela? ☐ Yes ☐ No
Nombre del medicamento: _____ ¿Con qué frecuencia? _____
¿Su hijo usa un inhalador? ☐ Sí ☐ No ¿Con qué frecuencia? _____
¿Usa su hijo una máquina nebulizadora? ☐ Sí ☐ No ¿Con qué frecuencia? _____
¿Usa su hijo un medidor de flujo máximo? ☐ Sí ☐ No ¿Con qué frecuencia? _____
¿Hay fumadores viviendo en la casa? ☐ Sí ☐ No
¿Está permitido fumar dentro de la vivienda? ☐ Sí ☐ No
¿Hay algún familiar en el hogar con asma? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿quien? _____
¿Hay mascotas en el hogar? ☐ Sí ☐ No Tipo de mascota: _____
¿Hay estufa de leña en la casa? ☐ Sí ☐ No
¿Hay alfombra en la casa? ☐ Sí ☐ No ¿Aspiradora? ☐ Sí ☐ No
¿Hay lavadora en la casa? ☐ Sí ☐ No ¿Acondicionador de aire? ☐ Sí ☐ No

¿Qué afecta el asma de su hijo? (Marque ☒ todo lo que corresponda)

☐ Polen (gram, flores, árboles, etc.)	☐ Humo de cigarrillo	☐ Un resfriado
☐ Moho	☐ Tiza, polvo de tiza	☐ Cambio de clima
☐ Animales, mascotas	☐ Pinturas, limpiadores domésticos	☐ Medicamentos alérgicos
☐ Cucarachas	☐ Olores fuertes, perfume	☐ Estrés, trastornos emocionales
☐ Polvo, ácaros del polvo	☐ Ejercicio, deportes	☐ Pesticidas, aerosols domésticos

¿Su hijo consulta a un especialista en asma? ☐ Yes ☐ No Si es así, proporcione la información del especialista:

Nombre: _____ Dirección: _____

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado debido al asma ? ☐ Yes ☐ No ¿ Cuando? _____

En una escala del 1 al 5, califique el asma de su hijo: (No severo) 1 2 3 4 5 (Severo)

Firma del Padre/Guardian : _____ Fecha: _____