



ASTHMA ASSESSMENT FORM

Student Name: _____ **Grade:** _____

The following information is helpful to the nurse and school staff in determining any special needs for your child.

- How long has your child had asthma? _____ How many times in the past 6 months has the child been to the ER or hospitalized? _____ Treated in a doctor's office for non-routine asthma? _____
- Medications taken at home: _____
- Medications taken during school (as needed medication): _____
- Check the box below that most accurately describes the current severity of your child's asthma.

NOTE: The presence of one of the symptoms of severity is sufficient to place a child in that category. A child should be assigned to the most severe category in which any symptom occurs. Because asthma is variable, classification may change over time. Children of any level of severity can have mild, moderate, or severe episodes. Some children who have intermittent asthma experience severe and life-threatening episodes separated by long periods of normal lung function and no symptoms.

Severity of Asthma	Symptoms	Nighttime Symptoms
☐ Mild intermittent	Two or fewer times a week; no symptoms between episodes; brief episodes from a few hours to a few days and vary in intensity.	Two or fewer times a month
☐ Mild persistent	Symptoms more than twice a week but less than once a day. Episodes may affect activity.	More than twice a month
☐ Moderate persistent	Daily symptoms; daily use of short-acting inhalers. Episodes affect activity and occur at least twice a week and may last days	More than once a week
☐ Severe persistent	Continual symptoms; limited physical activity; frequent episodes	Frequent

Please indicate what triggers your child's asthma:	Please indicate your child's early warning signs:
☐ Respiratory infection ☐ Exercise ☐ Emotions / stress ☐ Cigarette smoke ☐ Chemical odors ☐ Medication ☐ Foods ☐ Allergies (list) _____ ☐ Weather changes ☐ Other (list) _____	☐ Cough ☐ Cold symptoms ☐ Drop in peak flow ☐ Wheezing ☐ Decreased exercise ☐ Other (list) _____

Please check all special considerations related to your child's asthma that he/she will need while at school:	
☐ None ☐ Avoiding strong smelling chemicals or irritants (chalk dust, sawdust, paint) ☐ Modified recess or gym class <i>*Note from physician required</i> ☐ Avoiding certain foods: _____	☐ Special considerations while on field trips ☐ Special transportation to and from school* <i>*Note from physician recommended</i> ☐ Avoiding animals/pets ☐ Other: _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

PLEASE RETURN TO THE SCHOOL NURSE

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

Distrito Escolar de Toppenish
306 Bolin Dr, Toppenish, WA 98948
Ph: 509-865-8262 Fax: 509-865-2178



ASTHMA ASSESSMENT FORM

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

La información que sigue es útil para la enfermera y el personal de la escuela en determinar necesidades especiales para su hijo/a.

1. ¿Cuánto tiempo ha tenido su hijo/a asma? _____ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses calcula que ha visitado el cuarto de emergencia o sido hospitalizado? _____ ¿Cuántas veces ha sido tratado en la oficina del médico por asma sin cita? _____
2. Medicamentos dados en casa: _____
3. Medicamentos que necesita tener en la escuela: _____
4. Marque la caja debajo que describe con más precisión la severidad actual del asma de su hijo/a.

NOTE: La presencia de solo uno de los síntomas es suficiente para marcar esa categoría. Indique la categoría más severa en el cual tiene síntomas. El hecho que asma es variable la clasificación puede cambiar con el tiempo. Niño/as de cualquier categoría de severidad pueden tener leve, moderado o severas episodios. Algunos niño/as que tienen asma de vez en cuando pueden experimentar severa o episodios que amenazan la vida separados por periodos largos de función normal pulmonar sin síntomas.

Severidad de Asma	Síntomas	Síntomas de Noche
☐ Leve intermitente	Dos o menos veces por semana; sin síntomas entre episodios; breves episodios desde unas pocas horas a unos días y varía en intensidad.	Dos o menos veces por mes
☐ Leve persistente	Síntomas más de dos veces por semana pero menos de una vez por día. Episodios pueden afectar su actividad.	Más de dos veces por mes
☐ Moderado persistente	Episodios diarios; uso diario de inhalador de corta duración Síntomas afectan actividades y ocurren por lo menos dos veces por semana y pueden durar por días.	Más de una vez por semana
☐ Severo persistente	Síntomas son constante; actividad física muy limitada; episodios frecuentes.	Frecuente

Indique las causas del asma:	Indique las causas del asma:	Indique las causas del asma:
☐ Infecciones pulmonarias ☐ Emociones / estrés ☐ Olores fuertes ☐ Alimentos ☐ Cambios de clima	☐ Ejercicios ☐ Humo ☐ Medicamentos ☐ Alergia: _____ ☐ Otro: _____	☐ Tos ☐ Resfríos ☐ Silbidos ☐ Disminución en el flujo de aire ☐ Disminución en ejercicios ☐ Otro _____

Indique todas las condiciones que aplican al asma de su hijo/a cuando este en la escuela:	
☐ Ninguno ☐ Evitar productos químicos de olor Fuertes o irritantes (polvo de tiza, aserrín, o pintura) ☐ Clase modificada de receso o gimnasio *Nota del médico requerido ☐ Evitar ciertas comidas: _____	☐ Consideraciones especiales, mientras sale en los paseos escolares ☐ Transporte especial para ir y regresar a la escuela* *Nota del medico recomendado ☐ Evitar animales/mascotas ☐ Other

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

REGRESE A LA ENFERMERA ESCOLAR