



FORMULARIO DE INFORMACION SOBRE EL ASMA DEL PARTICIPANTE

Parks & Recreation Department
Adapted Programs
620 Laguna Street
Santa Barbara, CA 93101
(805) 564-5421
www.sbparcsandrecreation.com

Participante _____

Fecha _____

La información de inscripción del participante aquí nombrado indica que el participante tiene asma. Agradeceríamos su cooperación en contestar las siguientes preguntas para mejor comprender si existe alguna necesidad médica. Es la responsabilidad del participante o, para menores de edad y adultos dependientes la del padre custodio o tutor legal, revelar toda la información pertinente con respecto a la salud y necesidades especiales del participante.

Por favor indique todos los factores desencadenantes conocidos del asma del participante y la gravedad de su reacción asmática.

Trigger	Severity of Reaction
<input type="checkbox"/> Aire Frio	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Ejercicio	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Alimentos-enumerar:	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Pasto	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Otros- enumerar	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave

Cuáles son los primeros auxilios que generalmente se administran?

- Inhalador
- Tratamiento de nebulizador
- Medido de la capacidad pulmonar máxima (peak flow meter)
- Otro _____

El participante llevara el medicamento consigo diariamente al programa? Si No

El participante sabe identificar cuando debe utiliza el medicamento? Si No

El participante puede auto-administrarse si es necesario? Si No

Donde gurda el medicamneto? _____

Las leyes estatales prohíben que el personal de la Ciudad administre o asista en la administración de **medicamentos. La administración de los medicamentos es la responsabilidad del participante, o para menores de edad o adultos dependientes, la del padre custodio o tutor legal.** Si el Participante puede administrarse el medicamento sin asistencia o recordarios, se le permitiría hacerlo. De no ser así, se administrar el medicamento.

Firma del participante o, para menores de edad y adultos dependientes, la del padre custodio o tutor legal:

✓ Firma _____ Nombre Completo (letra de molde) _____

Fecha _____