

FOTO MUESTRA AQUÍ

**PARA USO EXCLUSIVO  
DE LA OFICINA**

Escala de clasificación:  
1= Leve 2= Moderada 3= Severa

Clasificación del asma \_\_\_\_\_

Clasificación social y emocional \_\_\_\_\_

Otras notas:

**FORMULARIO UNIVERSAL DE SALUD PARA EL CAMPAMENTO DEL ASMA**

**A. INFORMACIÓN GENERAL— para que lo llenen los padres**

NOMBRE DEL NIÑO/A \_\_\_\_\_

PREFIERE QUE LE DIGAN \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_Femenino \_\_\_Masculino

Edad que tendrá en el campamento \_\_\_\_\_ Grado que cursa (o cursó recientemente) \_\_\_\_\_

Nombre del padre y o madre (o tutor/es)

Padre \_\_\_\_\_ Tel. Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo-e \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Tel. Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo-e \_\_\_\_\_

o Tutor/es \_\_\_\_\_ Tel. Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo-e \_\_\_\_\_

DOMICILIO

POSTAL \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Viven juntos los padres? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Existen restricciones de custodia o visitación? Si **sí hay**, por favor describa:

**SI HAY UNA EMERGENCIA Y NO ME ENCUENTRAN, POR FAVOR AVÍSENLE A: (esto debe llenarse)**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_ Tel.(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_ Tel.(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Quién es el médico principal de su niño/a?

\_\_\_Pediatra \_\_\_Médico familiar \_\_\_No sé \_\_\_Otro

Si otro: \_\_\_\_\_

Nombre del médico principal de su hijo/a \_\_\_\_\_ Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Actualmente su hijo/a, ¿va a consulta con un especialista en asma? \_\_\_Sí \_\_\_No

Si sí, ¿qué tipo? \_\_\_Alergólogo \_\_\_Especialista en pulmones \_\_\_No sé

Nombre del médico del asma de su hijo/a \_\_\_\_\_ Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

¿Qué clase de seguro tiene su hijo/hija?

Seguro privado  Medicaid (se llama Medical in California)  Otra ayuda del estado  Ninguno seguro  No sé

Nombre del plan de seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza o grupo \_\_\_\_\_

¿Ha asistido a este campamento su hijo/a en otras ocasiones?  Sí  No

Si sí, ¿a cuántas sesiones? \_\_\_\_\_ sesiones

¿Ha asistido a otros campamentos de asma su hijo/a?  Sí  No

Si sí, ¿a cuántas sesiones asistió? \_\_\_\_\_ sesiones

Talla de playera:  S  M  L  XL

**B. MEDICAMENTOS** - para que lo llenen los padres y de preferencia lo revise el médico

**1. Mi hijo/a toma los siguientes medicamentos para el ASMA TODOS LOS DÍAS:**

X	Medicamento	Nombre genérico	Cantidad (bocanadas, tabletas, cápsulas, ampolletas, centímetros cúbicos [cc], cucharaditas)	¿Qué tan seguido?				Instrucciones específicas
				1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Accolate 10 mg tab	Zafirlukast tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Accolate 20 mg tab	Zafirlukast tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Advair 100/50 Discushaler	Fluticasone/Salmeterol Combination DPI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Advair 250/50 Discushaler	Fluticasone/Salmeterol Combination DPI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Advair 500/50 Discushaler	Fluticasone/Salmeterol Combination DPI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	AeroBid inhaler	Flunisolide MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Asmanex Twisthaler	Mometasone DPI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Azmacort inhaler	Triamcinoloneacetanide MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Beclovent inhaler	Beclomethasone CFC MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Flovent 44 mcg inhaler	Fluticasone MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Flovent 110 mcg inhaler	Fluticasone MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Flovent 220 mcg inhaler	Fluticasone MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Foradil Aerolizer	Formoterol DPI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Intal inhaler	Cromolyn MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Intal neb solution	Cromolyn solution		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone/prednisolone liquid 15mg/5ml	Prednisone/prednisolone liquid		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone/prednisolone liquid 5mg/5ml	Prednisone/prednisolone liquid		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone tabs 1 mg	Prednisone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone tabs 2 mg	Prednisone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone tabs 5 mg	Prednisone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone tabs 10 mg	Prednisone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone tabs 20mg	Prednisone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Proventil Repetabs 4 mg	Albuterol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Proventil Repetabs 8 mg	Albuterol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Pulmicort Turbuhaler inhaler	Budesonide DPI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Pulmicort 0.25 mg Respules	Budesonide suspension		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Pulmicort 0.50 mg Respules	Budesonide suspension		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Q-Var 40 mcg inhaler	Beclomethasone HFA MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Q-Var 80 mcg inhaler	Beclomethasone HFA MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Serevent Discushaler	Salmeterol DPI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Singulair 4 mg sprinkle	Montelukast granules		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Singulair 4 mg tab	Montelukast tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Singulair 5 mg tab	Montelukast tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Singulair 10 mg tab	Montelukast tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	

**(Medicamentos que toma TODOS LOS DÍAS, continuación)**

X	Medicamento	Nombre genérico	Cantidad (bocanadas, tabletas, cápsulas, ampollitas, centímetros cúbicos [cc], cucharaditas)	¿Qué tan seguido?				Instrucciones específicas
				1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Theophylline time -release 100 mg tab	Theophylline tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Theophylline time - release 200 mg tab	Theophylline tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Theophylline time -release 300 mg tab	Theophylline tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Tilade inhaler	Nedocromil MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Uniphyll 400 mg tab	Theophylline tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Uniphyll 600 mg tab	Theophylline tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Vanceril inhaler	Beclomethasone CFC MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Vospire 4 mg tab	Albuterol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Vospire 8 mg tab	Albuterol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Other			1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	

**Otras instrucciones específicas:**

---

---

---

---

**2. Los siguientes medicamentos para el ASMA se dan SOLAMENTE SI SE NECESITAN:**

X	Medicamento	Nombre genérico	Cantidad (bocanadas, tabletas, cápsulas, ampolletas, centímetros cúbicos [cc], cucharaditas)	¿Qué tan seguido?				Instrucciones específicas
				1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Albuterol inhal soltn	Albuterol inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Albuterol inhaler	Albuterol MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Albuterol syrup	Albuterol syrup		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Albuterol tabs 2 mg	Albuterol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Albuterol tabs 4 mg	Albuterol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Alupent inhal soltn	Metaproterenol inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Alupent inhaler	Metaproterenol MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Alupent syrup	Metaproterenol syrup		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Alupent tab 5 mg	Metaproterenol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Alupent tab 10 mg	Metaproterenol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Atrovent inhal soltn	Ipratropium inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Atrovent inhaler	Ipratropium MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Brethaire inhaler	Terbutaline MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Brethaire tab	Terbutaline tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Brethine inhaler	Terbutaline MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Brethine tab 2.5 mg	Terbutaline tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Brethine tab 5 mg	Terbutaline tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Bricanyl tab 2.5 mg	Terbutaline tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Bricanyl tab 5 mg	Terbutaline tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Bronkometer	Isoetharine MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Bronkosol	Isoetharine inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Bubbly Pred 5 mg/5 ml	Prednisolone liquid		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Combivent inhaler	Ipratropium/Albuterol MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Decadron syrup	Dexamethasone syrup		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Duoneb inhal soltn	Ipratropium/Albuterol combination inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Maxair Autohaler	Pirbuterol inhaler MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Medrol tab 2 mg	Methylprednisolone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Medrol tab 4 mg	Methylprednisolone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Medrol tab 8 mg	Methylprednisolone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Medrol tab 16 mg	Methylprednisolone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Medrol tab 24 mg	Methylprednisolone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Medrol tab 32 mg	Methylprednisolone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Metaprel inhal soltn	Metaproterenol inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Metaprel inhaler	Metaproterenol MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Metaprel syrup	Metaproterenol syrup		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Metaprel tab 5 mg	Metaproterenol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Metaprel tab 10 mg	Metaproterenol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	

**(Medicamentos para el ASMA que se dan SOLAMENTE SI SE NECESITAN – continuación)**

X	Medicamento	Nombre genérico	Cantidad (bocanadas, tabletas, cápsulas, ampolletas, centímetros cúbicos [cc], cucharaditas)	¿Qué tan seguido?				Instrucciones específicas
				1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Pediapred 5 mg/5 ml	Prednisolone liquid		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisolone 5 mg/5 ml	Prednisolone liquid		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone liquid 5 mg/5 ml	Prednisone liquid		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone tab 1 mg	Prednisone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone tab 2 mg	Prednisone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone tab 5 mg	Prednisone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone tab 10 mg	Prednisone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prednisone tab 20 mg	Prednisone tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prelone 5 mg/5 ml	Prednisolone liquid		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Prelone 15 mg/5ml	Prednisolone liquid		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Proventil inhal soltn	Albuterol inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Proventil inhaler	Albuterol MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Proventil syrup	Albuterol syrup		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Proventil tab 2 mg	Albuterol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Proventil tab 4 mg	Albuterol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Tornalate inhaler	Bitolterol MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Ventolin inhal soltn	Albuterol inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Ventolin inhaler	Albuterol MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Ventolin syrup	Albuterol syrup		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Ventolin tab 2 mg	Albuterol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Ventolin tab 4 mg	Albuterol tab		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Xopenex inhal soltn 0.32 mg	Levalbuterol inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Xopenex inhal soltn 0.65 mg	Levalbuterol inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Xopenex inhal soltn 1.25 mg	Levalbuterol inhal soltn		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Xopenex MDI	Levalbuterol MDI		1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	
	Other			1x/day	2x/day	3x/day	4x/day	

**Otras instrucciones específicas:**

---



---



---



---

**3. Otros medicamentos que tome su niño/a:**

Medicamento	Fuerza	Cantidad (bocanadas, tabletas, cápsulas, ampolletas, centímetros cúbicos [cc], cucharaditas)	¿Regular, o conforme lo necesita?	¿Qué tan seguido?				Instrucciones específicas
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	
				1 x día	2 x día	3 x día	4 x día	

**Otras instrucciones específicas:**

---



---



---



---

¿Le están poniendo inyecciones de alergias a su hijo/a? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

**\*\*NOTA:** En el campamento no se van a poner inyecciones de alergias (a menos de que haya circunstancias especiales).

¿Usa su hijo/a un espaciador o dispositivo de ayuda con su inhalador? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

Si sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Hay algún tratamiento con medicamento que prefiere usted que no se le dé a su hijo/a?

---

¿Tiene su hijo/a por escrito un Plan de Acción para el Asma específico? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

Si sí, por favor adjunte una copia a este formulario.

**C. HISTORIA CLÍNICA DEL ASMA** – para que lo llenen los padres y de preferencia lo revise el médico

1) **¿Cuánto tiempo hace que tiene asma su hijo/a?** \_\_\_\_ años

2) **En los últimos 5 años su hijo/a:**

A) ha sido internado/a en el hospital por asma? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No    ¿Cuántas veces en total? \_\_\_\_  
¿Qué edad tenía en cada ocasión?

B) ha estado en la unidad de cuidados intensivos por asma? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No    ¿Cuántas veces en total? \_\_\_\_  
¿Qué edad tenía en cada ocasión? \_\_\_\_

3) **En los últimos tres meses (en promedio):**

A) ¿cuántas noches por semana se despierta su hijo/a en promedio debido a su asma o a que tiene tos? \_\_\_\_ noches por semana

B) ¿qué tanto interfiere el asma con el ejercicio que puede hacer su hijo/a?  
\_\_\_\_ Nada \_\_\_\_ Algo \_\_\_\_ Un poco \_\_\_\_ Mucho

4) **En el último año solamente, ¿cuántas veces tuvo su hijo/a (liste el número de veces):**

A) que faltar a la escuela debido a su asma? \_\_\_\_ días

B) ir a ver al doctor por problemas de su asma (sin contar las consultas de rutina)? \_\_\_\_ veces

C) ir a emergencias o a urgencias debido a su asma? \_\_\_\_ veces

D) que ser internado/a en el hospital por asma? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Cuántas veces en total? \_\_\_\_    ¿Qué edad tenía en cada ocasión? \_\_\_\_

E) estar en la unidad de cuidados intensivos por asma? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Cuántas veces en total? \_\_\_\_    ¿Qué edad tenía en cada ocasión? \_\_\_\_

5) **¿Cuántas veces (en el último año únicamente) se le dieron corticoesteroides orales a su niño/a para controlarle el asma?**

(NOTA: Los corticoesteroides orales son medicamentos que se toman por la boca ya sea en presentación líquida o en pastillas, y por lo general se recetan cuando otros medicamentos no pueden controlar adecuadamente los síntomas del asma. Algunos nombres de corticoesteroides orales son: PASTILLAS: Prednisona, Medrol, Deltasone, Decadron entre otros; LÍQUIDOS: Pediapred, Prelone, Líquidopred, OraPred, BubblyPred entre otros.)

\_\_\_\_ series de corticoesteroides orales se han administrado en el último año.

Fecha de la serie más reciente \_\_\_\_

6) **En casa, ¿quién se encarga de darle el medicamento para el asma a su hijo/a?**

\_\_\_\_ El niño/a \_\_\_\_ Papá/mamá/tutor \_\_\_\_ Ambos

7) **¿Usa su hijo/a un medidor de flujo máximo pulmonar?** \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No    Si sí, ¿qué marca? \_\_\_\_\_

Si sí, ¿cuál es la lectura normal del niño/a? \_\_\_\_\_

¿Lo usa seguido el niño/a? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si sí, ¿qué tan seguido? \_\_\_\_ vez/veces al día \_\_\_\_ vez/veces a la semana

8) **Usando la escala del 0 al 10, ¿qué tan mal (o severo) es el asma de su hijo/a en el último año? (CIRCULE UN SOLO NÚMERO)**

(NO TIENE ASMA) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (ASMA SEVERA)

Describa cualquier efecto emocional que usted haya observado en su hijo/a debido al asma:

---

---

---

**D. HISTORIAL CLÍNICO DE ALERGIAS** - para que lo llenen los padres y de preferencia lo revise el médico

¿Es alérgico su hijo/a a algún MEDICAMENTO? (penicilina, sulfa, etc.)?  Sí  No

Si sí, por favor haga una lista:

Nombre del medicamento	Reacciones* <i>(sea específico con los síntomas: qué tan severos, cuándo empiezan, etc.)</i>	Edad que tenía cuando tuvo la última reacción

¿Es alérgico su hijo/a a algún ALIMENTO?  Sí  No

Si sí, por favor haga una lista:

Nombre del alimento	Reacciones* <i>(sea específico con los síntomas: qué tan severos, cuándo empiezan, etc.)</i>	Edad que tenía cuando tuvo la última reacción

¿Es alérgico su hijo/a a algún ANIMAL?  Sí  No

Si sí, por favor haga una lista:

Animal	Reacciones* <i>(sea específico con los síntomas: qué tan severos, cuándo empiezan, etc.)</i>	Edad que tenía cuando tuvo la última reacción

¿Es alérgico su hijo/a a algún INSECTO?  Sí  No

Si sí, por favor haga una lista:

Insecto	Reacciones* <i>(sea específico con los síntomas: qué tan severos, cuándo empiezan, etc.)</i>	Edad que tenía cuando tuvo la última reacción

*\*Las reacciones podrían ser: severa reacción corporal completa (anafilaxis); choque; reacción en la piel (urticaria, piel rojiza, ampollas, comezón, hinchazón); problemas para respirar (jadeo, tos, opresión en el pecho); reacción en la boca (hinchazón de los labios, salpullido, hinchazón de la lengua, comezón); reacción en la garganta (hinchazón, comezón, garganta rasposa); reacción en los ojos (hinchazón, comezón, llorosos); reacción en la nariz (comezón, estornudos, nariz tapada o suelta); problemas intestinales (dolor abdominal, vómito, diarrea); cambio en el comportamiento o problemas para dormir (estimulación, hiperactividad, comportamiento extraño, somnolencia, dificultad para dormir).*

¿Fue necesario darle tratamiento de emergencia para cualquiera de las reacciones que listó (como una llamada al 9-1-1, visita a la sala de emergencias, urgencias o EpiPen)?  Sí  No

Si sí, explique:

---



---



---

**E. OTRA INFORMACIÓN** - para que lo llenen los padres

¿Le ha dado a su hijo/a alguna de las siguientes enfermedades?

Sarampión	___Sí ___No	Rubéola	___Sí ___No
Varicela	___Sí ___No	Paperas	___Sí ___No

Fecha del refuerzo más reciente de la vacuna del tétano: \_\_\_\_\_

¿Está al día con sus vacunas: la triple *DPT* (difteria, tétano y tos ferina), polio y *MMR* (sarampión, paperas y rubéola)? \_\_\_Sí \_\_\_No

Específicamente, ¿padece su hijo/a de algo de lo siguiente?

Enfermedades convulsivas	___Sí ___No	Hiperactividad	___Sí ___No
Diabetes	___Sí ___No	Enfermedad del corazón	___Sí ___No
Desmayos	___Sí ___No	Se orina en la cama	___Sí ___No
Problemas disciplinarios	___Sí ___No	Camina dormido	___Sí ___No
Estreñimiento	___Sí ___No	Problemas de aprendizaje	___Sí ___No
Depresión	___Sí ___No	Trastorno obsesivo compulsivo	___Sí ___No
ADD, o Trastorno de déficit de atención	___Sí ___No		

¿Hay algún otro padecimiento o problema que tenga su hijo/a que el personal del campamento debe conocer? \_\_\_Sí \_\_\_No

Si respondió sí a algo de lo anterior, por favor explique aquí:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha ido a acampar el niño/a sin su familia? \_\_\_Sí \_\_\_No

Si sí, ¿hubo algún problema? \_\_\_Sí \_\_\_No

Si sí, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha ido el niño/a a las montañas recientemente? \_\_\_Sí \_\_\_No

¿No ha dado problemas por su actitud? \_\_\_Sí \_\_\_No

Si sí, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo/a ha estado lejos de casa y de sus padres o tutores durante más de unos cuantos días? \_\_\_Sí \_\_\_No

Si sí, ¿hubo algún problema? \_\_\_\_\_

¿Anticipa usted algún problema porque su hijo/a extrañe su casa mientras esté en el campamento?

\_\_\_\_\_

¿Se siente apenado/a su hijo/a en la escuela o en público si tiene que usar su inhalador o nebulizador? \_\_\_Sí \_\_\_No

¿Anticipa que habrá alguna restricción de actividad? \_\_\_Sí \_\_\_No

Si sí, explique: \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿tiene alguna restricción en la escuela para su clase de educación física? \_\_\_Sí \_\_\_No

Si sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra cosa que piense que el personal del campamento debe saber acerca de su hijo/a? \_\_\_Sí \_\_\_No

Si sí, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿CÓMO SUPO SOBRE EL CAMPAMENTO DEL ASMA?**

Por favor marque una sola respuesta:

___ Consultorio médico	___ Trabajador/a social	___ Radio	___ Internet o sitio Web
___ Enfermero/a escolar	___ Televisión	___ Periódico	___ Revista
___ Amigo/a	___ Llamé o escribí	___ Otro _____	
___ Otro acampador o personal del campamento			
___ Asociación Americana del Pulmón (ALA) o la Fundación para el Asma y Alergias de América (AAFA)			

En las últimas 4 semanas, ¿qué tan seguido su hijo/a...	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Muy de vez en cuando</b>	<b>Nunca</b>
...se ha quejado de que le falta el aire?					
...se ha quedado sin aliento por hacer esfuerzo (como correr)?					
...tosió durante la noche?					
...se despertó en la noche jadeando o tosiendo?					
...se tuvo que quedar sin salir por estar jadeando o tosiendo?					
...vio su educación afectada debido a su asma (en la escuela)?					
...sintió que su asma interfirió con su vida?					
...vio que su asma le limitó sus actividades?					
...interrumpió sus actividades por usar su inhalador o por tomar cualquier otro tratamiento?					
...tuvo usted que hacer cambios a la vida de la familia debido al asma de su hijo/a?					

## AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Fecha en que se  
recibió \_\_\_\_\_

*Deben llenarse los dos lados para que esta solicitud sea tomada en cuenta.*

## AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIA

En consideración al habérsenos permitido la inscripción y la participación en \_\_\_\_\_ (escriba aquí el nombre del campamento), campamento organizado por \_\_\_\_\_ (escriba aquí el nombre del organismo organizador), del \_\_\_\_\_ (escriba aquí las fechas), en mi calidad de padre, madre o tutor, libero de toda responsabilidad por daños o lesiones a mi hijo durante el campamento, **incluso de cualquier transportación necesaria**, a la asociación y a sus incorporados, médicos, miembros de la mesa directiva, directores, empleados, agentes, contratistas independientes y trabajadores voluntarios. El / la niño/a nombrado/a aquí tiene permiso de participar en todas las actividades programadas, excepto en las prohibidas por el médico, padre, madre o tutor. Por medio de la presente autorizo al médico del campamento a que inicie y dé toda la atención y tratamientos necesarios, incluso transportación a las salas de emergencia certificadas más cercanas. Si fuera necesario hospitalizar a mi hijo/a, éste/a debe ser referido/a al médico adecuado y todos los gastos correrán por mi cuenta.

## AUTORIZACIÓN Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD PARA TOMAR Y PUBLICAR FOTOGRAFÍAS Y VÍDEO POR MOTIVOS DE PROMOCIÓN

Por medio de la presente accedo y autorizo a \_\_\_\_\_ (escriba aquí el nombre del campamento) y \_\_\_\_\_ (escriba el o los nombres de los organismos organizadores) a que tomen y publiquen fotografías, vídeo y comentarios escritos de o por mi hijo/a como material informativo y de promoción. Además, accedo a la publicación y libero a (escriba el o los nombres de los organismos organizadores) y a sus patrocinadores de toda responsabilidad en relación con el uso de dichas fotografías, vídeos y comentarios escritos de o por mi hijo/a.

## AUTORIZACIÓN Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD PARA TRANSPORTACIÓN A CASA

Al terminar el campamento, el personal del campamento puede entregarme a mi hijo/a a mí o a la persona o personas nombradas a continuación. Bajo ninguna circunstancia se le entregará su hijo/a a ninguna persona que no haya sido especificada por usted. Pudiéramos solicitar una identificación con fotografía.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_ Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Use letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ m / \_\_\_\_\_ d / \_\_\_\_\_ a Tel. del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a \_\_\_\_\_ (escriba aquí el nombre del campamento) y a \_\_\_\_\_ (escriba el o los nombres de los organismos organizadores) a que compartan información médica con el propósito de reunir y evaluar información médica sobre el asma a nivel nacional. Entiendo que toda la información se analizará junta con otra y no individualmente, protegiendo así la confidencialidad de mi hijo/a.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a/a \_\_\_\_\_ Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Use letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ m / \_\_\_\_\_ d / \_\_\_\_\_ a Tel. del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# REGLAS DE CONDUCTA PARA LOS ACAMPADORES

(Por favor repáselas con su hijo/a)

Esperamos que todas las personas que participen en nuestro programa tengan una experiencia positiva que dure todas sus vidas. Para que todos saquen provecho de su experiencia en el campamento, hemos hecho una lista de reglas para que los padres y los niños conozcan lo que se espera de ellos durante el campamento. Reconocemos las necesidades especiales de nuestros acampadores y haremos todo lo posible para personalizar las reglas de acuerdo a las necesidades y capacidades de cada acampador.

El campamento tiene cuatro reglas básicas que explicamos a los niños y que también ponemos por escrito en las cabañas. Ponemos estas reglas para poder asegurarles a todos una agradable experiencia.

- **Respétate a ti mismo/a, respeta a otros y respeta las cosas.** Esto quiere decir que no está permitido portarse abusivo/a con otros o utilizar malas palabras, pelearse, robar, etc. También incluye daños a lo material, graffiti o vandalismo. Respétate a ti mismo quiere decir que mantengas tus cosas en orden, que tengas buen aseo personal y que tomes tu medicina a tiempo.
- **Participa en actividades del campamento.** Es responsabilidad del personal del campamento saber siempre dónde están todos los niños. Les pedimos a los acampadores que vayan a todas las actividades a menos que tengan permiso de faltar. Los acampadores no pueden quedarse solos en sus cabañas.
- **Sigue las indicaciones.** Hay muchas cosas divertidas que hacer en el campamento, pero todas las actividades tienen reglas para que se puedan hacer de manera segura y apropiada. Les pedimos a todos los acampadores que sigan las indicaciones del personal durante estas actividades.
- **Prohibido burlarse.** Burlarse sería hacer chistes inapropiados o bromas pesadas, poner apodosos o hacer comentarios sobre la raza de otros.

Si tuviéramos algún problema de mal comportamiento con algún niño, tenemos reglas establecidas que seguimos para tratar de solucionarlo. El consejero empezará haciéndole una advertencia al niño. Después se le impondrá un momento en silencio para que piense (*time-out*) con una explicación y plática sobre lo que está causando el problema. Si el consejero necesita ayuda, un especialista en comportamiento o el supervisor médico asignado dentro del campamento trabajará con el niño para prevenir más problemas. También llamaremos a su casa a preguntar si los padres tienen alguna sugerencia para que el niño deje de portarse inadecuadamente. Como último recurso, pudiéramos mandar al niño a su casa. Algunas veces, cuando el niño extraña demasiado su casa o si la mala conducta pudiera causar daño inmediato al mismo niño o a otros, nos reservamos el derecho de pedir que el niño se vaya inmediatamente del campamento.

Esperamos que todos los niños vuelvan a sus casas recordando el campamento como algo muy bonito. Estas reglas se han diseñado para proteger la experiencia del acampador para que un niño mal portado no arruine la experiencia para el resto. Si tuvieran alguna pregunta o comentario, por favor llámenos. Nuestra misión es ofrecer una bella experiencia a todos.

**Entiendo y acepto que mi hijo/a debe seguir las reglas de conducta para los acampadores.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

**Prometo seguir las reglas de conducta para los acampadores**

\_\_\_\_\_  
Firma del acampador

\_\_\_\_ m / \_\_\_\_ d / \_\_\_\_ a  
Fecha

# HISTORIAL CLÍNICO Y AUSCULTACIÓN PARA EL CAMPAMENTO DEL ASMA - *para que lo llene el médico*

Fecha en que se recibió \_\_\_\_\_

## Una nota importante para los proveedores de cuidado de la salud:

Este formulario de historial clínico y auscultación física es una parte obligatoria de la solicitud para asistir al campamento que va a presentar su paciente. Si es posible, por favor trate de simplificar el régimen de medicamentos que seguirá el menor durante el campamento. Por ejemplo: si un medicamento puede darse tres veces al día con alimentos, en vez de cuatro veces al día (o dos veces al día en vez de tres), esto le ayudará al menor y al personal de salud. La terapia con nebulizador puede restarle tiempo al menor durante el campamento; por favor evalúe las necesidades del menor en cuanto a cuán necesaria le es esta terapia.

Además, en el campamento no se podrán inyecciones de alergias.

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Presión sanguínea \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### HISTORIAL CLÍNICO

#### Fechas de vacunación:

DT \_\_\_\_\_ Hepatitis B \_\_\_\_\_

MMR \_\_\_\_\_ Varicella \_\_\_\_\_

#### Por favor circule SÍ o NO

1. ¿Se atiende a este paciente regularmente? \_\_\_\_\_ SÍ / NO Fecha de la última cita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. En el últimos 5 AÑOS, ¿se le ha hospitalizado alguna vez debido al asma? \_\_\_\_\_ SÍ / NO ¿Cuántas veces?? \_\_\_\_\_  
Fecha de la hospitalización más reciente (mes, año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. Este menor:

a. ¿Ha estado entubado o en la unidad de cuidado intensivo debido a su asma en el último 5 AÑOS? \_\_\_\_\_ SÍ / NO ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_  
Fecha de la entubación u hospitalización en cuidado intensivo más reciente \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

b. ¿Ha estado recibiendo corticoesteroides en el último AÑO? \_\_\_\_\_ SÍ / NO ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_  
Fecha de la última serie \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

c. ¿Ha sido hospitalizado por cualquier motivo no relacionado al asma? \_\_\_\_\_ SÍ / NO ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

4. ¿Se le han hecho los siguientes exámenes o evaluaciones en el último año?  
Historial clínico y o de desarrollo \_\_\_\_\_ SÍ / NO  
Examen físico \_\_\_\_\_ SÍ / NO

5. ¿Padece este menor de algo de lo siguiente?

Enfermedades convulsivas _____ SÍ / NO	Enfermedad del corazón _____ SÍ / NO	Problemas disciplinarios _____ SÍ / NO
Hiperactividad _____ SÍ / NO	Desmayos _____ SÍ / NO	Camina dormido _____ SÍ / NO
Diabetes _____ SÍ / NO	Se orina en la cama _____ SÍ / NO	Estreñimiento _____ SÍ / NO
Problemas de aprendizaje _____ SÍ / NO	ADD, Trastorno de déficit de atención _____ SÍ / NO	Desorden oposicional desafiante _____ SÍ / NO
Trastorno obsesivo compulsivo _____ SÍ / NO	Otro _____ SÍ / NO	Depresión _____ SÍ / NO

Explique todas sus respuestas de 'Sí' \_\_\_\_\_

6. ¿Hay algo de lo siguiente que el personal del campamento debe saber?

a. ¿Padecimientos médicos conocidos aparte del asma? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

b. ¿Problemas de comportamiento o psicológicos conocidos? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

c. ¿Alimentos que deben eliminarse completamente de la dieta de este paciente acampador? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

d. ¿Alguna otra alergia o problemas de sensibilidad? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

e. ¿Problemas médicos específicos? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

f. ¿Tratamientos que usted prefiere que no se le administren durante el campamento? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

g. ¿Restricciones o límites en su participación o en cualquier actividad del campamento? \_\_\_\_\_ SÍ / NO

Por favor explique todas sus respuestas de 'Sí' (especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

