



CHILD DEVELOPMENT CENTER
 PO Box 1117 1602 W. Ferguson Rd
 Mt. Pleasant TX 75455
 (903)575-2092 fax (903)575-2077

Year: _____



Asthma Care Plan
 Plan de cuidado del asma

Child's name/*Nombre del Niño*

Birthday/*Fecha de Nacimiento*

Room/# de *Salón*

To be filled out by parent/ El padre o tutor debe llenar esta parte:

1. Has a medical doctor diagnosed your child with asthma? ¿Ha sido su niño diagnosticado(a) con asma por un médico?

Yes/Sí _____ No _____

2. How severe would you rate your child's asthma (Make a check in the box that applies most)/Cómo calificaría la severidad del asma (Marque lo más apropiado)

a. Mild/Leve _____

b. Moderate/Moderado _____

c. Severe/ Severo _____

3. How often does your child experience Asthma attacks? ¿Qué tan seguido su niño tiene ataques de asma _____

4. Has your child been hospitalized for asthma? ¿Ha estado su niño hospitalizado(a) por el asma anteriormente?

Yes/Si _____ No _____

If Yes, when?/Si la respuesta fue si ¿Cuándo? _____

5. Please circle all the things that trigger an asthma attack in your child/ Por favor haga un circulo en todas las cosas que causan los ataques de asma a su niño:

Animals/Animales

Dust/Polvo

Smoke/Humo

Change in temperature/Cambio del Clima

Food/Comidas

Illness/Enfermedades

Exercise/Ejercicio

Strong Odors/Olores Fuertes

Insects/Insectos

Mold/Pollen/Moho/Polen

Other (Please describe)/Otro (Por favor describa):

Year: _____



PO Box 1117 1602 W. Ferguson Rd
Mt. Pleasant TX 75455
(903)575-2092 fax (903)575-2077



6. Does your child need any special consideration related to his or her asthma while at school (Check all that apply) / Si su niño necesita una consideración especial relacionada con su asma mientras está en la escuela (Marque todo lo que aplique):

Modify recess outside/Modificación en la hora del receso: **Yes/Si or/o NO**

No animal or pets in classroom/No animales o mascota en el salón: **Yes/Si or/o NO**

Avoiding certain foods/Evitar ciertas comidas: **Yes/Si or/o NO**

Modification for field trips/Modificación en viajes escolares: **Yes/Si or/o NO**

Other (Please Specify) /Otro (Por favor especifique): _____

To be filled out by Doctor/El doctor debe llenar esta parte:

List all medication your child takes for asthma:

Name of Medication	Dose of medication	Frequency of medication

Emergency Action Plan

I give the school permission to administer the asthma care plan/Yo doy permiso al personal de la escuela para administrar el plan de cuidado del asma.

Parent or Guardian Signature/Firma del Padre o Tutor: _____ Date/Fecha: _____

Doctor Signature: _____ Date: _____

Teacher Signature: _____ Date: _____

Health Staff Signature: _____ Date: _____