

## Ficha técnica del alumno o alumna con ASMA

Foto del alumno/a
Curso y grupo

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Personas de contacto y teléfonos:


Profesional sanitario y teléfono de contacto:

--	--

Síntomas para reconocer la crisis asmática:

- Sibilancias (pitidos al respirar)
- Opresión en el pecho
- Dificultad para respirar
- Tos
- Otros:.....

¿Qué tipo de asma padece?

¿Tiene alergia?

¿En caso de crisis, sabe administrarse la medicación de alivio?

- Sí
- No

¿Precisa medicación antes de realizar ejercicio?

- Sí
- No

Medicamento	Método de administración	Dosis y frecuencia

¿Toma medicación en su domicilio?

Medicamento	Método de administración	Dosis y frecuencia

¿Debe tomar en el colegio diariamente medicación antiasmática?

Medicamento	Método de administración	Dosis y frecuencia

¿ Qué medicación de alivio utilizará si tiene un episodio de asma en el centro?

Medicamento	Método de administración	Dosis y frecuencia

## **AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA PARA EL SUMINISTRO DE MEDICACIÓN AL ALUMNO/A**

D./Dña.: \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_, en calidad de padre, madre o tutor legal del  
alumno o alumna \_\_\_\_\_,  
matriculado/a en el centro \_\_\_\_\_  
autorizo al personal del centro para que, en caso de necesidad, ayude a mi hijo o hija para  
que reciba tratamiento con su medicación antiasmática. Asimismo, me comprometo a  
informar al centro de cualquier modificación en los tratamientos. Ruego contacte conmigo o  
con cualquiera de las personas de contacto que aparecen en esta ficha en caso de que mi hijo  
o hija deba recibir tratamiento de urgencia o tenga habitualmente síntomas de asma en el  
centro.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_