



Deborah A. Ashcraft, DMD, PC
PEDIATRIC & ADOLESCENT DENTISTRY

PACIENTE CON ASMA

Nombre del paciente: _____

Fecha del nacimiento: _____

Nombre de Pediatra del nino/a: _____

Telefono del Pediatra: _____

Cuando era la ultima ataque de asma?

Nombre/s de medecina/s y dosis:

Cuando le das las medecinas? Diariamente or nomas cuando tiene un ataque?

Como le da los ataques? Templado Mediano Bien Fuerte

Ha estado hospitalizado su nino/a? Si No

Cuando: _____

Endonde: _____

Para Que: _____

Firma _____ Fecha _____