



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

50 W Martintown Rd., North Augusta, SC 29841 (803) 279-9901

PACIENTE CON ASMA

Nombre del paciente: _____

Fecha del nacimiento: _____

Nombre de Pediatra del niño/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 niño/a? Si No

Cuando: _____

Endonde: _____

Para Que: _____

Firma _____ Fecha _____