

Nombre del Paciente _____

Fecha: _____

Por favor responda todas las preguntas siguientes en el espacio proveído en la derecha:

Durante los pasados 6 meses:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Su asma se ha empeorado? | NO | SI |
| 2. ¿Ha habido cambios en el ambiente de su casa, trabajo, o escuela (nuevo mascota, alguien fumando)? | NO | SI |
| 3. ¿Ha tenido tiempos en que sus síntomas fueron peores? | NO | SI |
| 4. ¿El asma de su hijo/hija le ha causado que faltara la escuela o reduzca o cambie sus actividades? | NO | SI |
| 5. ¿Ha faltado de dar alguna dosis regular de la medicina por cualquier razón? | NO | SI |
| 6. ¿La medicina le ha causado algún problema? (temblor, nerviosismo, mal sabor, dolor de la garganta, tos, dolor del estomago) | NO | SI |
| 7. ¿Ha ido a la clínica después de horas, salón de emergencia o ha quedado en el hospital debido a su asma? | NO | SI |
| 8. ¿El costo del tratamiento de su asma le ha dado problemas en adquirir la medicina o el cuidado que necesita? | NO | SI |

Durante los pasados 4 meses:

- | | | |
|--|----|----|
| 9. ¿Ha tenido tos, respiración ruidosa, falta de aliento, u opresión del pecho durante:
- el día | NO | SI |
| - la noche | NO | SI |
| - ejercicios o juego | NO | SI |
| 10. ¿Cuántas días ha utilizado su medicación de rescate (inhalador o nebulizador)? (Incluyendo Albuterol, Ventolin, Proventil, Xopenex) | NO | SI |
| 11. Si utiliza el medidor de la capacidad pulmonar máxima (peak flow meter) ¿Su medidor de la capacidad pulmonar máxima ha sido menos de 80% de su mejor capacidad personal? | NO | SI |
| 12. ¿Ha sido satisfecho en el estado de su asma recientemente? | NO | SI |

Durante la semana pasada

- | | | |
|--|-------|------|
| 13. ¿Cuantos días ha utilizado su medicación de alivio rápido (inhalador o nebulizador)? | _____ | días |
| 14. ¿Cuántas veces su hijo/hija ha necesitado utilizar una medicación de alivio rápido o medicación de rescate en instancias que no sean antes de ejercicios? (Incluyendo Albuterol, Ventolin, Proventil, Xopenex) | _____ | días |
| 15. ¿Tiene usted preguntas sobre el asma de su hijo/hija que le gustaría hablar con su doctor hoy? | NO | SI |

Durante esta visita

16. ¿Cuan confortable es usted con respecto a la administración del asma de su hijo?
No estoy confortable 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy confortable
17. ¿Que le ayudara sentir mas confortable/seguro? _____

Para Pacientes Nuevas

- | | | |
|--|----|----|
| 18. ¿Su hijo utiliza espaciador con su inhalador? | NO | SI |
| 19. El asma de su hijo es peor durante <input type="checkbox"/> el invierno <input type="checkbox"/> la primavera <input type="checkbox"/> el verano <input type="checkbox"/> el otoño | | |
| 20. Por favor marque todas las cosas que empeore el asma de su hijo/hija | | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias <input type="checkbox"/> Ejercicios <input type="checkbox"/> Irritantes (tabaco, humo, aire contaminado, perfumes, incienso, etc.) | | |
| <input type="checkbox"/> Aire fría <input type="checkbox"/> Calor/Humedad <input type="checkbox"/> No se | | |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la clima <input type="checkbox"/> Ninguno | | |
| <input type="checkbox"/> Alergenos (Animales, polvo, polen, moho, comida) <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| 21. ¿Con que frecuencia el asma de su hijo/hija limita sus actividades? | | |
| <input type="checkbox"/> No lo limita <input type="checkbox"/> un poco de tiempo <input type="checkbox"/> parte del tiempo <input type="checkbox"/> mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> todo el tiempo | | |
| 22. ¿Cómo calificaría el control del asma de su hijo durante el mes pasado? | | |
| <input type="checkbox"/> bien controlado <input type="checkbox"/> algo controlado <input type="checkbox"/> mal controlado | | |
| 23. Recibir la vacuna contra la influenza (gripe) es un paso muy importante en controlar el asma de su hijo/hija. ¿Le gustaría que su hijo/hija reciba la vacuna este año? | | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Razón _____ | | |