

Colegio/Escuela _____

Encuesta: Viviendo con Asma

Esta encuesta hace preguntas acerca de su asma (o de su hijo/hija). Sus respuestas nos ayudarán a cuidar mejor a nuestros pacientes. Por favor llene este lado de la página del formulario. ¡Gracias!

1. ¿Durante las últimas **dos semanas**, con que frecuencia ha tenido tos, silbidos al respirar o le ha faltado la respiración a usted o su hijo/hija *durante el día*?
- Todos los días, todo el tiempo OOOO
- Todos los días, pero no todo el tiempo OOO
- Más de dos veces a la semana, pero no todos los días OO
- Dos veces a la semana o menos O
- Nunca
2. ¿Durante las últimas **dos semanas**, con que frecuencia ha tenido tos, silbidos al respirar o le ha faltado la respiración a usted o su hijo/hija *durante la noche*?
- Frecuentemente/Todas las noches OOOO
- Más de una vez a la semana OOO
- Una vez a la semana OO
- Una vez cada dos semanas o menos O
- Nunca
3. Un plan de manejo de asma es una serie instrucciones escritas acerca de cómo tratar su asma o la se su hijo/hija con diferentes tratamientos dependiendo de cómo va su asma. Se usa para pacientes que usan medicamento todos los días. Su doctor o enfermera debe crear o revisar un plan de manejo de asma con usted en todas las visitas.
- ¿Tiene usted un plan de manejo de asma *actualizado*?
- No
- Si
- No lo se
- No tomo medicina todos los días

PARE AQUÍ SI HA LLENADO ESTE FORMULARIO EN EL ÚLTIMO MES

4. Durante las últimas **dos semanas**, ¿cuantas veces ha tomado usted o su hijo/hija medicamentos de rápido-alivio (Albuterol, Proventil, Ventolin, Maxair, Tornalate, or Xopenex) para aliviar la tos, silbidos al respirar, falta de aliento o presión del pecho?
- Más de dos veces a la semana Nunca
- Dos veces a la semana o menos Nunca tomo/toma medicina de rápido-alivio para el asma
5. En los últimos seis meses, ¿a estado usted o su hijo/hija en la Sala de Emergencia u hospitalizado como consecuencia del asma?
- Sala de Emergencia: No Si →Escriba las fechas aproximadas: _____
- Hospitalizaciones: No Si →Escriba las fechas aproximadas: _____
6. ¿Usted fuma? Si No
7. ¿Quiere parar de fumar? Si No
8. ¿Alguien más fuma en el hogar? Si No
9. Hay mascotas peludas en el hogar (perro, gato) Si No
10. ¿Usa usted un espacio con su inhalador? Si No

Por favor entregar esta página a su doctor o enfermera al comienzo de su visita.

Lado del Médico

1. ¿Tiene el paciente un plan de manejo de asma actualizado?

Si No

2. Seleccione la Medicina que el paciente está tomando:

Píldoras Diarias

1. Singluair

Dilatador Bronquial de acción prolongada

1. Serevent

Esteroides Inhalados

1. Advair

2. Beclovent

3. Aszmacort

4. Aerobid

5. Flovent

3. ¿Quiere el paciente dejar de fumar?

Si, pronto _____

No

Si, pero todavía no

4. ¿Algún cambio en los medicamento en esta visita?

Para uso del Proveedor/Personal Médico:

¿Está la Clasificación de Severidad de Asma anotada en el cuadro de datos para esta visita (Suave Intermitente, Suave Persistente, Moderado Persistente o Fuerte persistente)?

No

Si ® ¿Cuál es la Clasificación de Severidad?

Suave Intermitente

Suave Persistente

Moderado Persistente

Fuerte persistente