

# Primer Questionario de Asma

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardian(s): \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

1. Su hijo (a) tiene problemas de asma o falta de respiración?
  
2. Su hijo(a) ha sido diagnosticado con asma por algún doctor o proveedor de salud? Si No
3. Ha sido evaluado por algún especialista en alergias o pulmonologo? Si No
4. Nunca ha tenido pruebas de alergias? Si No  
 Si la respuesta es Si, nombre del doctor: \_\_\_\_\_
5. Su hijo(a) ha tenido frecuentes episodios de :
  - TOS Si No  
 Promedio de episodios por semana \_\_\_\_\_
  - TOS POR LA NOCHE Si No  
 Promedio de episodios por semana \_\_\_\_\_
  - SILBIDO EN EL PECHO Si No  
 Promedio de episodios por semana \_\_\_\_\_
  - DIFICULTAD PARA RESPIRAR/CORTO EN RESPIRACION **SIN ACTIVIDAD** Si No  
 Promedio de episodios por semana \_\_\_\_\_
  - DIFICULTAD PARA RESPIRAR /CORTO DE RESPIRACION **CON ACTIVIDAD** Si No  
 Cuántos episodios por semana? \_\_\_\_\_ Qué actividades? \_\_\_\_\_
  - TOS PROLONGADA O EXCESIVA CON LOS RESFRIADOS Si No
  
6. Cuántos ataques de tos o síntomas de asma han ocurrido en los últimos 6 meses?  
 Ninguno \_\_\_\_\_ 1-2 \_\_\_\_\_ 3 o más \_\_\_\_\_
7. En los últimos 6 meses, su hijo(a) ha necesitado esteroides orales (líquido o tableta) para controlar un ataque?  
 Ninguno \_\_\_\_\_ 1-2 \_\_\_\_\_ 3 o más \_\_\_\_\_
8. Su hijo(a) ha estado en la sala de emergencia por algun ataque de asma o problemas para respirar? Si No  
 Si la respuesta es Si, cuántas veces en el pasado año? \_\_\_\_\_
9. Su hijo(a) alguna vez ha sido diagnosticado con Neumonía? Si No  
 Si la respuesta es Si, cuántas veces? \_\_\_\_\_
10. Alguna vez su hijo ha tenido que ser hospitalizado por asma, neumonia, bronquitis, RSV u otros problemas respiratorios? Si No  
 Si la respuesta es Si, cuántas veces en el año pasado? \_\_\_\_\_
11. En los últimos 6 meses, su hijo(a) ha perdido días de escuela u otras actividades debido al asma o problemas para respirar? Si No  
 Si la respuesta es Si, cuántas veces? \_\_\_\_\_
12. Ha dejado de ir a trabajar ( padres o paciente ) en los últimos 6 meses debido a problemas para respirar? Si No
13. Alguna de las siguientes opciones empeora los síntomas de su hijo?
 

Polvo de la casa	Si	No	No sabe
Infecciones respiratorias/Resfriados	Si	No	No sabe
Aspirina	Si	No	No sabe
Alimentos	Si	No	No sabe
Si la respuesta es Si, qué alimentos? _____			
Ejercicios	Si	No	No sabe
Aire frío	Si	No	No sabe
Perfumes	Si	No	No sabe
Mascotas en la casa/trabajo/guardería?	Si	No	No sabe

***Si usted no entiende ninguna de estas preguntas, por favor pregunte a su enfermera.***

Si la respuesta es Si, qué mascotas?: \_\_\_\_\_

Polen o algunos cambios de estación	Si	No	No sabe
-------------------------------------	----	----	---------

Si la respuesta es Si, qué estaciones: Otoño Invierno Primavera Verano

Emociones	Si	No	No sabe
-----------	----	----	---------

Moho	Si	No	No sabe
------	----	----	---------

Otros irritantes:	Si	No	No sabe
-------------------	----	----	---------

Humo (cigarrillos, chimeneas, madera)	Si	No	No sabe
---------------------------------------	----	----	---------

14. Alguien en su casa usa chimenea?	Si	No	
--------------------------------------	----	----	--

15. Alguno de los padres o personas de la guardería fuman?	Si	No	
--	----	----	--

16. Su hijo(a) esta expuesto al humo del cigarrillo en la casa o en alguna casa que visite frecuentemente?	Si	No	
--	----	----	--

17. Su hijo(a) esta expuesto al humo del tabaco en la guarderia/escuela/trabajo/	Si	No	
--	----	----	--

18. Alguien de su familia usa productos de tabaco en el auto?	Si	No	
---	----	----	--

19. Alguna vez su hijo(a) ha tenido:			
Alergias, fiebre alta o rinitis	Si	No	No sabe
Ronchas	Si	No	No sabe
Eczema	Si	No	No sabe
Fracuente sinusitis/infecciones de oido	Si	No	No sabe
Pólipos nasales	Si	No	No sabe
Miembros de la familia que tambien tengan asma, eczema o alergias	Si	No	No sabe
Si la respuesta es Si, Quién? _____			

**MEDICAMENTOS:**

Lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

20. Alguna vez su hijo(a) ha tenido efectos secundarios debido a alguna medicina para el asma?  
(Marque con un circulo un número en cada fila): **Nunca**    **Algunas veces**    **Siempre**

Dificultades para dormir	1	2	3
Temblores	1	2	3
Ritmo cardiaco acelerado	1	2	3
Dolores de cabeza	1	2	3
Mal genio/Irritabilidad	1	2	3
Ronquera	1	2	3
Afta	1	2	3

21. Su hijo(a) tuvo la vacuna de la Influenza esta temporada?	Si	No
---	----	----

22. Alguna vez su hijo ha sido vacunado contra la Neumonía?	Si	No
---	----	----

23. La familia tiene una máquina nebulizadora en la casa?	Si	No
---	----	----

Si la respuesta es Si, se siente comfortable usandola?	Si	No
--	----	----

24. Su hijo(a) tiene el tubo espaciador (aerocámara) para usar con sus inhaladores?	Si	No
---	----	----

Si la respuesta es Si, se siente comfortable usandolo o limpiandolo?	Si	No
--	----	----

Si la respuesta es Si, su hijo tiene un inhalador/tubo espaciador en la escuela/guarderia?	Si	No
--	----	----

25. Su hijo(a) tiene un medidor de oxígeno en la casa?	Si	No
--	----	----

    Si la respuesta es Si, cuántas veces a la semana lo usa? \_\_\_\_\_

    Cuál es el nivel de oxígeno más alto que ha tenido su niño(a)? \_\_\_\_\_

26. Su hijo(a) tiene un plan de asma escrito en la casa?	Si	No
--	----	----

Si la respuesta es Si, usted entiende cómo usarlo para ayudar a su hijo con el asma	Si	No
---	----	----

Si la respuesta es No, ha sido usted instruido por el Doctor sobre cómo usar las medicinas?	Si	No
---	----	----

27. La escuela de su niño(a) tiene un plan de acción para el asma de su hijo(a) ?	Si	No
---	----	----

28. Tiene su hijo(a) un tubo espaciador o un medidor de oxígeno en la escuela?	Si	No
--	----	----

**Si usted no entiende ninguna de estas preguntas, por favor pregunte a su enfermera.**