

Nombre del Paciente: _____

Nombre del padre/guardian(s): _____ # Teléfono _____

1. Su niño(a) tiene problemas de asma ? Si No
2. **DESDE SU ULTIMA VISITA, SU NIÑO HA TENIDO ALGUN EPISODIO RECIENTE DE (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):**
- TOS Si No
de episodios por semana _____
 - TOS POR LA NOCHE Si No
de episodios por semana _____
 - SILBIDO EN EL PECHO Si No
de episodios por semana _____
 - DIFICULTAD PARA RESPIRAR/CORTO DE RESPIRACION Si No
SIN ACTIVIDAD
de episodios por semana _____
 - DIFICULTAD PARA RESPIRAR/CORTO EN RESPIRACION Si No
CON ACTIVIDAD
de episodios por semana _____ Qué actividades? _____
 - TOS PROLONGADA O EXCESO DE TOS CON RESFRIADOS Si No
3. Desde su ultima visita, cuántos ataques ha tenido su hijo(a)?
Ninguno _____ 1-2 _____ 3 o más _____
4. Desde su última visita, su niño(a) ha necesitado esteroides orales (líquido o tableta) para controlar un ataque de asma? Ninguno _____ 1-2 _____ 3 o más _____
5. Desde su última visita, su niño ha estado en la sala de emergencia por asma o problemas para respirar? Si No
Si la respuesta es Si, cuántas veces? _____
6. Desde su última visita, su niño(a) ha sido diagnosticado con Neumonía? Si No
Si la respuesta es Si, cuántas veces? _____
7. Desde su última visita, su niño(a) ha sido hospitalizado por asma, neumonia, bronquitis, RSV u otro problema respiratorio? Si No
Si la respuesta es Si, cuántas veces? _____
8. Desde su última visita, su niño(a) ha dejado de ir a la escuela o ha perdido otra actividad debido al asma o problemas para respirar? Si No
Si la respuesta es Si, aproximadamente cuántas veces ha faltado a la escuela? _____
9. Desde su última visita, usted ha dejado de ir a trabajar debido al asma de su niño(a)? Si No

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

10. Algunas de las siguientes opciones afecta los síntomas de asma de su niño(a) :

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
Expuestos a mascotas:	Si	No	No sabe
Polen o ciertas estaciones de año	Si	No	No sabe
Si las respuesta es Si, qué estaciones? (Marque) 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	

11. Alguna persona en la casa usa la chimenea ? Si No
12. Alguna persona en la casa o en la guardería fuma? Si No
13. Esta su niño(a) expuesto al tabaco en la casa o en alguna casa que visite con frecuencia? Si No
14. Esta su niño expuesto al humo del tabaco en la guardería/escuela/trabajo? Si No
15. Alguna persona usa productos de tabaco en el carro? Si No
16. Su niño(a) recibió la vacuna de la Influenza ésta temporada? Si No
17. Tiene la familia una máquina nebulizadora en la casa? Si No
Si la respuesta es Si, se siente comfortable usandola y limpiandola ? Si No
18. Tienen un tubo espaciador (aerocámara) para usar con el inhalador de su niño? Si No
Si la respuesta es Si, se siente comfortable usandolo y limpiandolo? Si No
Si la respuesta es Si, tiene un inhalador y tubo espaciador en la escuela/guardería? Si No
19. Tiene su niño(a) un medidor de oxígeno en la casa? Si No
Si la respuesta es Si, cuántas veces le mide el oxígeno a su niño(a)? _____
Cuál ha sido el nivel de oxígeno más alto que ha tenido su niño(a)? _____
20. Su niño(a) tiene un plan de asma escrito en la casa (AAP)? Si No
Si la respuesta es Si, usted entiende cómo usarlo en caso de un ataque de asma? Si No
Si la respuesta es No, usted ha sido instruido por el doctor sobre cómo usar las medicinas para el asma? Si No
21. La escuela de su niño tiene una copia del plan de asma? Si No
22. Su niño tiene un tubo espaciador y un medidor de oxígeno en la escuela/guardería? Si No

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

23. Lista de los medicamentos de asma que usa su niño(a):

24. Desde su última visita, su niño(a) ha tenido efectos secundarios debido a alguna medicina para el asma?

(Marque con un círculo un número en cada fila) : **Siempre** **Nunca** **Algunas veces**

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