

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Edad del niño: _____



Asthma Assessment Questionnaire (Spanish) Cuestionario De Evaluación Del Asma

Por favor complete las siguientes preguntas sobre el asma de su hijo. Esto nos ayudará a comprender mejor y tratar con eficacia el asma de su hijo.

1. Origen étnico:

Hispano

Otro: _____

2. ¿Qué es lo que te preocupa más sobre el asma de su hijo?

3. Por favor anote todos los medicamentos que usted tiene en casa que su hijo está tomando ahora (incluyendo cremas, inhaladores, aerosoles nasales):

4. Anote todos los medicamentos que tiene en casa que su hijo **NO** está tomando ahora (incluyendo cremas, inhaladores, aerosoles nasales):

5. ¿Qué tipo de aparato se utiliza para administrar los medicamentos de su hijo? (seleccione todos los que apliquen)

Nebulizador con mascarilla embocadu

¿Es su hijo cooperativa? Sí No

Espaciador con mascarilla sin mascarilla

¿Es su hijo cooperativa? Sí No

Ninguno, sólo utilizamos el inhalador

6. ¿Su hijo tiene un espaciador para usar en casa y otro para la escuela / guardería? Sí No

7. ¿Necesita otra espaciador hoy? Sí No

8. ¿Tiene su hijo un plan de acción para el asma? Sí No
9. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha tenido su hijo:
- que recibir esteroides orales por dificultad de respiración, tos, opresión en el pecho y respiración con silbido?
 (1 - 2 veces) (3 - 4 veces) (5 o más veces)
 - que ir al médico para una visita de atención de urgencia para el asma?
 (1 - 2 veces) (3 - 4 veces) (5 o más veces)
 - que ir la sala de emergencias en el hospital para el asma?
 (1 vece) (2 veces) (3 o más veces)
 - que pasar la noche en el hospital?
 (1 vece) (2 veces) (3 o más veces)
 - que faltar a la escuela debido a los síntomas del asma? días
 (1-5 días) (6-10 días) (11 o más días)
10. Ha sido su hijo diagnosticado con asma por cualquier doctor que han visto en el pasado?
 Sí Si es así, ¿a qué edad? _____
 No
11. Elija todos los síntomas que ha notado desde que su hijo empezó a tener problemas respiratorios
- Tos
 - Sibilancias
 - Dificultad para respirar mientras está en reposo
 - Dificultad para respirar con el ejercicio o al correr: tos, opresión en el pecho, falta aire al respirar
 - Dificultad para respirar durante la noche: tos, opresión en el pecho o sibilancias durante la noche
- Si es así, ¿cuándo fue que empezó con síntomas?

12. ¿Cuál es el nivel de exposición al humo del niño? (Seleccione todas las que apliquen)
- Nada
 - Familiares o cuidadores fuman dentro de la casa
 - Familiares o cuidadores fuman en vehículos pero no en casa
 - Familiares o cuidadores sólo fuman afuera de la casa
13. ¿Durante qué temporada de la año es que su hijo tiene más dificultad para respirar, tos, sibilancias, opresión en el pecho?
- Otoño
 - Invierno
 - Primavera
 - Verano
 - Todo el año es igual

14. ¿Durante qué hora del día tiene su hijo más dificultad para respirar, tos, sibilancias, opresión en el pecho?

- Mañana
- Mediodía
- La tarde
- Por la noche mientras duerme

15. Seleccione todos los factores desencadenantes que hacen que su niño tenga dificultad para respirar, tos, sibilancias, opresión en el pecho?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones Respiratorias | <input type="checkbox"/> Ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Infección sinusal | <input type="checkbox"/> Los olores fuertes o perfumes |
| <input type="checkbox"/> Actividad ligera | <input type="checkbox"/> Humo de Tabaco |
| <input type="checkbox"/> Actividad intensa | <input type="checkbox"/> Cambios de clima |
| <input type="checkbox"/> Excitación emocional (llanto, la risa, enojo) | <input type="checkbox"/> Aire frío |

Alérgenos

Anote todos los alérgenos conocidos de su hijo: _____

Animales Si es así, a cuáles _____

Ciertos alimentos Si es así, a cuáles _____

Lugares específicos (como la escuela o la guardería) _____

16. ¿Alguna vez ha tenido su hijo eczema o problemas con la piel muy seca? Sí No

17. ¿Alguna vez ha tenido su hijo problemas con alguno de los siguientes? (seleccione todos los que apliquen)

- Sinusitis
- Congestión nasal
- Dolores de cabeza
- Goteo nasal

18. ¿Alguna vez ha tenido su hijo problemas con alguno de los siguientes? (seleccione todos los que apliquen)

- Reflujo o eructos
- Dolores de estómago frecuentes
- Dolor en el pecho

19. ¿Cuál de los siguientes es el tipo de hogar en el que la familia está viviendo?.

- Apartamento
- Casa
- Casa móvil o remolque

20. ¿Qué opción se utiliza para enfriar su casa? aire acondicionado ventilador ventanas abiertas

21. ¿Qué opción se utiliza para calentar su casa?

- estufa de leña horno calentador calefacción eléctrica de la casa controlada por un termostato

22. ¿Qué tipo de suelo que hay en el hogar? (seleccione todos los que apliquen)

- Tapetes Alfombras Vinilo Baldosas Madera

23. ¿Qué tipo de suelo que hay en el la habitación del niño? (seleccione todos los que apliquen)

- Tapetes Alfombras Vinilo Baldosas Madera

24. ¿Alguien en su familia tiene padece de asma o alergias?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Abuela por el lado de la madre |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Abuelo por el lado de la madre |
| <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuela por el lado del padre |
| <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Abuelo por el lado del padre |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Gracias por completar este cuestionario.

For Provider/Staff Use:

Is Asthma Severity Classification noted in the chart for this visit?

- No If No, classify now.
- Yes If Yes, what is the classification of severity?
- Mild Intermittent
 - Mild Persistent
 - Moderate Persistent
 - Severe Persistent