



Por favor, llene el formulario o cuestionario y d selo a su médico. Sus respuestas nos ayudarán a trabajar con usted para mantener su asma controlada.

1. En general  c mo est  todo?,  c mo va su asma?

- Prácticamente igual que siempre
- Parece haber mejorado
- Parece haber empeorado

2. A veces, el asma dificulta la participación en las actividades cotidianas. En las últimas 4 semanas, le ha impedido su asma hacer ciertas cosas o le ha obligado a faltar a la escuela o al trabajo?

- Sí No

3. A veces, las personas asmáticas se despiertan por la noche tosiendo o respirando asm ticamente (con un silbido en el pecho). En las últimas 4 semanas,  le ha sucedido eso a usted?

- Sí No

4. En los últimos 6 meses,  ha ido usted a la sala de emergencias o de cuidado urgente debido a problemas relacionados con su asma?

- Sí No

5.  En los últimos doce meses ha tenido que pasar la noche en el hospital o sala de emergencia, debido a su asma?

- Sí No

6.  Por lo general, toma su medicina **todos los días** aunque no tenga problemas con su asma?

- S  \longrightarrow
- No

 Qu  tipos toma?

-  medicina recetada?
-  medicina que compra sin receta?

Su nombre _____

Fecha _____ # de expediente, ficha _____

7.  Cuando tiene un ataque de asma qué medicina toma? (Marque una o más casillas para indicar su respuesta)

- Medicina recetada
- Medicina que compro sin receta médica
- No tengo ataques de asma

8.  Le ha enseñado un proveedor de salud o farmacéutico a usar su inhalador correctamente?

- S  No

9.  Utiliza usted espaciador para alguna de sus medicinas?

- S  No No s 

10.  Tiene usted un plan de acción para el asma (*Asthma Action Plan*) escrito?

- Sí No No s 

11.  Tiene usted un medidor de flujo máximo?

- S  No No s 

12.  Desea más información acerca de los siguientes temas? Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s):

- Maneras o formas de evitar un ataque
- La seguridad de los medicamentos para el asma
- El fumador pasivo (inhalar el humo de cigarrillos o pipas que fuman otras personas)
- Cómo obtener ayuda para dejar de fumar
-  Que otros temas le gustaría tratar en su visita de hoy?:

Spanish 01-06