

Formulario para recdección de datos sobre el asma

Nombre de Paciente:	Nombre de su medico:
Fecha de Nacimiento:	Other Patient Identifier (office use):
Fecha de la consulta:	Serguro Médico:

Padres – Por favor completen la siguiente sección:

- Ha estado su hijo/hija en la sala de urgencias/cuidados urgentes a causa del asma desde su última visita a la clínica del asma? Si No
- Ha estado su hijo/hija hospitalizado debido al asma, desde su última visita a la clínica de asma? Si No
- Cuántos días ha tenido que ausentarse ud ó su esposo del trabajo a debido al asma de su hijo/hija desde su última visita a la clínica de asma?
- Cuántos días se ha ausentado su hijo/hija de la escuela debido al asma desde su última visita a la clinica de asma?
- Que tan seguro se siente usted de su habilidad para manejar el asma de su hijo/a? (Por favor indique uno)
 No me siento seguro Me siento algo seguro Me siento muy seguro
- Con que frecuencia ha experimentado su hijo/a episdoios de tos sibilancia, falta de aire, pecho apretado ó limitaciones en sus actividades debido al asma desde la última visita á la clínica para el asma?
Durante el día: Una vez al día 3-6 vez por semana 1-2 por semana Menos de dos veces al mes
Durante la noche: Una vez al día 3-6 vez por semana 1-2 por semana Menos de dos veces al mes
- Tiene su hijo/a síntomas recurrentes en la nañz y/o en los ojos (mucosidad, rasquiña, estornudodera) durante la primavera ó el otoño? Si No
- Como califica usted en general el manejo/cuidado de asma de su hijo/a
 Excelente Muy bueno Bastante bueno Mas o menos Malo

Por favor no completa nado mas empezando aquí. El otro lado de está página es SOLAMNETE por uso en la OFICINA.

Patient Name:		Patient Status: <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Exempt
Date of Birth:	Date of Visit:	Reason for Exempt: <input type="checkbox"/> Lung disease of prematurity
Assigned PCP:		<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Significant cardiac abnormalities
Provider Seen Today:		<input type="checkbox"/> Significant neuromuscular disorder
		<input type="checkbox"/> Other: _____

Providers – Please complete the following sections:

<p>1. How would you classify the patient's asthma severity? (please check one) <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> EIB (Intermittent)</p> <p>2. Is the patient on controller medication? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contraindicated <input type="checkbox"/> Refused If 'Yes' please complete Medications section below.</p> <p>3. Has the patient been on rescue oral steroids in the last 6 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. How many times has the patient been to the ER or Urgent Care due to asthma in the last 6 months? <input type="text"/></p> <p>5. How many times has the patient been hospitalized due to asthma in the last 6 months? <input type="text"/></p> <p>6. Have you obtained a pulmonary function test on this patient in the last year? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referred</p> <p>7. Does the patient see an asthma specialist as part of their regular care? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referred</p> <p>8. What was the date of the patient's last influenza vaccination? ____/____/____</p> <p>8a. If the patient did not have an influenza vaccination is the patient contraindicated or did they actively refuse? <input type="checkbox"/> Contraindicated <input type="checkbox"/> Refused</p>

Medications

Please complete/update the following information regarding controller medications	<u>Notes:</u>
Inhaled Corticosteroid <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Discontinue	
Inhaled Corticosteroid with Long Acting Beta Agonist <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Discontinue	
Leukotriene Antagonists <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Discontinue	
Other <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Discontinue	

Counseling

<p>Does this patient have an asthma action plan (created by a primary care provider or a specialist) that has been reviewed/created at this visit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Has the patient/family been counseled on MDI technique, spacer, and/or nebulizer use at this visit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Is the patient exposed to cigarette smoke? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If 'Yes', did you provide counseling regarding cigarette smoke exposure at this visit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
--