



Formulario para recdección de datos sobre el asma

Nombre de Paciente:	Nombre de su medico:
Fecha de Nacimiento:	Nombre de la clínica:
Fecha de la consulta:	Other Patient Identifier (office use):
Feche de la última consulta para el asma (mes/año):	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?
- Se encuentra su hijo/esta expuesto al humo de cigarillo? Si No
- 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
- 8a. En caso afirmativo el asma de su hijo/a empeora cuando ésto ocurre? 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.