

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____



Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

Pediatric Asthma Control & Communication Instrument (Return)

Department of Pediatric Pulmonology & Sleep Medicine

Tel: (310) 825-5930 Fax: (310) 794-7338

Por favor, marque una respuesta para cada una de las siguientes preguntas. Sus respuestas ayudan al doctor brindarle un mayor cuidado de su asma. Asma incluye enfermedad reactiva de las vías respiratorias, tosando regularmente, silbido, falta de aire con (o sin) gripe.

¿Cuándo fue el último visita aquí para asma? _____ Si nunca, marque aquí

Desde la última visita de su hijo(a) **Dirección**

**Si su hijo(a) no ha sido evaluado por un doctor, por favor contest sobre los últimos dos meses

Mejor	Igual	Peor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) ¿Cómo ha estado el asma de su hijo(a)?

Desde la última visita de su hijo(a) **Molestias**

**Si su hijo(a) no ha sido evaluado por un doctor por favor contest sobre los últimos dos meses

Estado Mejorando	Esta Igual	Estado Empeorando
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) ¿Qué tan molesto para usted ha sido el asma de su hijo/a?

Desde la última visita de su hijo(a) al doctor, su hijo(a): **Riesgo**

3) ¿Ha requerido atención por su asma en el servicio de urgencias?

No	Si
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) ¿Ha sido hospitalizado por su asma?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5) ¿Ha usado prednisona/prednisona/prednisolone (pastilla o jarabe con esteroides) para asma?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

FOR CLINICIAN USE ONLY:

Assigned patient's **level of chronic asthma control** by looking at the box checked farthest to the right on questions 3 – 6. Match the box color to the level of asthma control in this section

Controlled	Partly Controlled	Mildly Uncontrolled	Moderately Uncontrolled	Severely Uncontrolled
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Olvida Tomar Medicina

6) Cuando su hijo(a) se encuentra bien, ¿Qué tan frecuente olvida darle su medicamento para el asma? (e.j. Advair, Alvesco, Asmanex, Budesonide, Dulera, Flovent, QVAR, Pulmicort, Singulair, Symbicort).

No debo darle el medicamento a diario	Nunca lo olvido	Lo olvido en algunas ocasiones	Lo olvido la mayor parte del tiempo	Lo olvido todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR CLINICAL USE: If any of the answers in red are selected, this may be consistent with poorly controlled and/or undertreated symptoms. Further assessment and follow –up in 2-6 weeks is recommended.

Patient Name: _____
 Patient MRN #: _____
 Patient DOB: _____






Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

Estas preguntas son acerca de los síntomas de asma **recientes** de su hijo/a.






Síntomas del asma **Días**

7) En **la última semana**, ¿Cuántos días Su hijo(a) presentado síntomas de asma? E.j.
 * Tos * Presión o dolor de pecho *Falta de aire
 * Flema (escupe, moco, flema al toser)
 * Dificultad para respirar profundo *Silbidos o hace ruidos con el pecho cuando respira

	0	1-2	3-6	Todos los días (no todo el día)	Todos los días (todo el día)
					





Medicamentos de rescate **Días**

8) En **la última semana**, ¿Cuántos días le ha dado a su hijo(a) medicamento para alivio rápido de los síntomas de asma? E.j.: *Albuterol/Proventil/ Proair/Ventolin/Xopenex vía inhalador/spray/ bomba o máquina/nebulizador

	0	1-2	3-6	Todos los días (no todo el día)	Todos los días (todo el día)
					






Ataques o Crisis **Días**

9) En **la última semana**, ¿Cuántos días le dio a su hijo/a un ataque de problemas de respiración? Por ejemplo: *Cuándo es más difícil para su hijo/a respirar *Cuándo usted le da a su hijo/a mas medicamento de alivio rápido (como Albuterol) *Cuándo las medicinas no funcionan

	0	1	2-3	4-7
				





Limitación a la actividad física

10) En **la última semana**, el asma de su hijo(a) ¿Qué tanto ha limitado su actividad física?

	Nada	Ligeramente	Moderada-mente	Mucho	Completamente
					













Síntomas nocturnos

11) En las últimas **DOS semanas**, ¿Cuántas noches el asma de su hijo(a) lo ha despertado o no lo ha dejado dormir?

	0	1	2	3-7	8-14
					

12) Por favor escribe cualquier otra información que usted le interese que su doctor sepa acerca del asma de su hijo(a). _____

POR FAVOR, ENTREGAR ESTO AL PERSONAL MEDICO. Gracias.

<p>FOR CLINICAL USE ONLY</p> <p>CONTROL/SEVERITY ASSIGNMENT:</p> <p>Assign patient's current level of control by looking at the box checked farthest to the right on questions 8-12 and match box color to the level of control in this selection.</p>	<p>Sub-Acute Severity/Control Classification</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"> Controlled/ Intermittent</td> <td style="width: 25%;"> Partially Controlled/ Mild Persistent</td> <td style="width: 25%;"> Uncontrolled/ Moderate</td> <td style="width: 25%;"> Poorly Controlled/ Severe</td> </tr> </table>	 Controlled/ Intermittent	 Partially Controlled/ Mild Persistent	 Uncontrolled/ Moderate	 Poorly Controlled/ Severe
 Controlled/ Intermittent	 Partially Controlled/ Mild Persistent	 Uncontrolled/ Moderate	 Poorly Controlled/ Severe		