

Prueba sobre el control de su asma

Esta prueba fué diseñada para ayudarlo/a a describir su asma y como su asma afecta como usted se siente y que usted es capaz de hacer. Para completarla, por favor marque una en el cuadrito que mejor describe su respuesta.

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo o en la casa?

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Nunca ▼ <input type="checkbox"/> ₁ | Un poco del tiempo ▼ <input type="checkbox"/> ₁ | Algo del tiempo ▼ <input type="checkbox"/> ₀ | La mayoría del tiempo ▼ <input type="checkbox"/> ₀ | Siempre ▼ <input type="checkbox"/> ₀ |
|---|--|---|---|---|

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| Nunca ▼ <input type="checkbox"/> ₁ | Una o dos veces por semana ▼ <input type="checkbox"/> ₁ | De 3 a 6 veces por semana ▼ <input type="checkbox"/> ₀ | Una vez por día ▼ <input type="checkbox"/> ₀ | Más de una vez por día ▼ <input type="checkbox"/> ₀ |
|---|--|---|---|--|

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sus síntomas de asma (respiración sibilante, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| Nunca ▼ <input type="checkbox"/> ₁ | Una o dos veces ▼ <input type="checkbox"/> ₁ | Una vez por semana ▼ <input type="checkbox"/> ₀ | De 2 a 3 noches por semana ▼ <input type="checkbox"/> ₀ | 4 ó más noches por semana ▼ <input type="checkbox"/> ₀ |
|---|---|--|--|---|

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol, Ventolin®, Proventil®, Maxair®, or Primatene Mist®)?

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| Nunca ▼ <input type="checkbox"/> ₁ | Una vez por semana o menos ▼ <input type="checkbox"/> ₁ | Pocas veces por semana ▼ <input type="checkbox"/> ₀ | 1 ó 2 veces por día ▼ <input type="checkbox"/> ₀ | 3 ó más veces por día ▼ <input type="checkbox"/> ₀ |
|---|--|--|---|---|

5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| Completamente controlada ▼ <input type="checkbox"/> ₁ | Bien controlada ▼ <input type="checkbox"/> ₁ | Algo controlada ▼ <input type="checkbox"/> ₀ | Mal controlada ▼ <input type="checkbox"/> ₀ | No controlada, en absoluto ▼ <input type="checkbox"/> ₀ |
|--|---|---|--|--|

Si marcó alguna de las respuestas en el area azul, puede ser que su asma no esté bien controlada. Asegúrese de hablar con un profesional de la salud sobre su plan de tratamiento del asma.

* Si su prueba esta imprimida en blanco y negro, busque respuestas en el lado derecho de la página, con un "0" al lado de los cuadritos donde marcar la X en la prueba.