

FORMA DE EVALUACION DE ASMA

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Desde su última visita:

1. ¿Su asma ha empeorado? No _____ Si _____
2. ¿Hubo algún cambio de su ambiente en casa, escuela, trabajo (un nuevo animal doméstico o alguien fuma)?
No _____ Si _____
3. ¿Ha tenido tiempos cuándo sus síntomas son peores que de habitual? No _____ Si _____
4. ¿Su asma ha hecho que usted pierda el trabajo o escuela, o reduzca sus actividades? No _____ Si _____
5. ¿Ha ido al cuarto de emergencia o el hospital debido al asma? No _____ Si _____
6. ¿Ha perdido usted alguna dosis regular de sus medicaciones por alguna razón? No _____ Si _____
7. ¿Sus medicaciones le han causado algún problema (nerviosismo, inestabilidad, dolor de garganta, mal gusto)?
No _____ Si _____
8. Por favor escriba las medicaciones que toma para el asma. ¿Con qué frecuencia toma usted cada medicación
(mas de una vez al día, una vez al día, menos de una vez al día)?

9. ¿Tú necesitan los repuesios para cualquier medicación hoy? No _____ Si _____

En las dos semanas pasadas:

10. ¿Ha tenido tos, resuello, falta de aliento, estrechez de pecho durante:
el día No _____ Si _____
la noche No _____ Si _____
ejercicio o juego? No _____ Si _____
11. ¿Tienes un 'peak flow meter'? No _____ Si _____
¿Cuantas veces lo utilizas? _____ días por semana
¿Cuál es tu mejor personal? Numero _____ o No se _____
12. ¿Cuántos días ha tenido que usar su inhalador de rescate? _____ días
13. ¿Esta satisfecho por el modo que su asma esta ha esta etapa? No _____ Si _____
14. ¿Tiene algunas preocupaciones o preguntas de las que gustaría hablar durante la visita?

Provider's signature: _____