

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 dia, una vez al dia, menos de una vez al dia)?

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

En las dos semanas pasadas:

10. ¿Ha tenido tos, resuello, falta de aliento, estrechez de pecho durante:
el dia 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? Número _____ 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: _____



FPM Toolbox To find more practice resources, visit <https://www.aafp.org/fpm/toolbox>.

Developed by Ronald Adler, MD, FAAFP, and Jeanne McBride, RN, BSN, MM. Copyright © 2010 American Academy of Family Physicians. Physicians may duplicate or adapt for use in their own practices; all other rights reserved. Related article: <https://www.aafp.org/fpm/2010/0100/p16.html>.