

## 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  
¿Cuántas 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: \_\_\_\_\_



**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>.