

Prueba del Control del Asma de para niños de 4 a 11 años.

Esta prueba proporcionará una cuenta que pueda ayudar al doctor a determinar si el plan del tratamiento del asma de su niños está trabajando o si puede ser que sea hora de un cambio.

Cómo tomar la Prueba de Control del Asma:

- Paso 1 Deje que su niño responder a las primeras cuatro preguntas (1 a 4). Si su niño/a necesita ayuda para leer o entender la pregunta, usted puede ayudar, pero deje que su niño escoja la respuesta. Completa las tres preguntas (5 a 7) por su cuenta y sin dejar que la respuesta de su niño influya su respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas.
- Paso 2 Escriba el número de cada respuesta en la caja de la cuenta proporcionada.
- Paso 3 Agregue las cajas de la cuenta para su total.
- Paso 4 Lleve la prueba a su doctor para hablar sobre su Total.

Si la cuenta de su niño es 19 o menos, puede ser una muestra que el asma de su niño no es controlado tan bien como él podría ser. Traiga esta prueba al doctor para hablar de los resultados.

Estas preguntas necesitan que su niño/a los completa.

1. ¿Cómo está su asma hoy?

Mismo malo	Malo	Bueno	Muy bueno	Cuenta
0	1	2	3	

2. ¿Cuándo esta corriendo, haciendo ejercicio o jugando deportes, hay algun problema con su Asma?

Es un problema grande, yo no puede hacer lo que deseo hacer	Es un problema y no tengo gusto de él	Es un pequeño problema pero es aceptable	No es un problema	Cuenta
0	1	2	3	

3. ¿ Cuánto tiempo le hace toser su Asma?

Sí, toda la hora	Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, algo del tiempo	No, ninguno del tiempo	Cuenta
0	1	2	3	

4. ¿ Usted despierta durante la noche debido al asma?

Sí, toda la hora	Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, algo del tiempo	No, ninguno del tiempo	Cuenta
0	1	2	3	

Por favor, complete las siguientes preguntas por su cuenta.

5. ¿Durante las últimas 4 semanas, cuántos días tuvo su niño síntomas de asma durante el día?

En absoluto	1-3 días	4-10 días	11-18 días	19-24 días	Diario	Cuenta
5	4	3	2	1	0	

6. ¿Durante las últimas 4 semanas, cuántos días tiene su niño sibilancias debido de su asma?

No en todos	1-3 días	4-10 días	11-18 días	19-24 días	Diario	Cuenta
5	4	3	2	1	0	

7. ¿Durante las últimas 4 semanas, cuantas veces su niño despertó por la noche debido a su asma?

No en todos	1-3 días	4-10 días	11-18 días	19-24 días	Diario	Cuenta
5	4	3	2	1	0	

Cuenta Total: _____