

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DEL ASMA

Formulario de Inscripción e Información

Fecha ____ / ____ / ____
MES DÍA AÑO

PARTICIPANTE: POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCION

Si el participante es menor de edad, uno de los padres deberá completar la Página 1 del formulario y firmar la exoneración de responsabilidad al pie de la página.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal ____ ____ ____

Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____ **Edad:** _____ **Estatura:** _____ **Peso:** _____

Raza: Blanco ____ Negro ____ Hispano ____ Asiático ____ Indio Americano ____ Otro _____

Educación Recibida:

Escuela primaria ____ Escuela secundaria ____ Dos años de universidad ____ 4 años de universidad ____ Titulado ____

¿Sufre usted de alergia? Sí ____ No ____

Si su respuesta es positiva, ¿de qué tipo de alergia sufre? _____

¿Fuma? Sí ____ No ____

¿Le han diagnosticado alguna vez asma? Sí ____ No ____

Si su respuesta es positiva y en la actualidad recibe tratamiento médico para su condición, ¿qué tipo de especialista lo atiende?

Pediatra ____ Internista ____ Médico de familia ____

Alergista ____ Pulmonólogo ____ Otro ____ No recibe tratamiento ____

¿Ha sido atendido alguna vez por un alergista? Sí ____ No ____ Desconoce ____

FORMULARIO DE EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Por la presente, eximo de toda responsabilidad al médico examinador, a todos los voluntarios del cuidado de la salud y a las agencias que auspician el Programa de Evaluación del Asma con respecto a este examen de evaluación. Entiendo que los resultados de dicho examen me serán entregados junto con recomendaciones a seguir y que soy responsable de los gastos que sean necesarios. Entiendo, además, que éste es un examen parcial y no un examen de asma exhaustivo. Este examen es voluntario y totalmente gratis. Entiendo que:

1. Este examen de evaluación es parcial, y que no se realiza en sustitución de un examen de asma exhaustivo practicado por mi médico.
2. La responsabilidad de cualquier prueba de verificación para analizar irregularidades encontradas durante el examen practicado por el Programa de Evaluación del Asma recae en mí y no en instituciones participantes, el médico u otro voluntario del cuidado de la salud. Soy responsable de mi propia salud.

3. Ningún otro individuo o agencia está autorizada a hacer uso los resultados de mi evaluación para ningún propósito sin mi consentimiento por escrito, salvo que la información sobre los resultados obtenidos pueda ser utilizada en estudios estadísticos siempre y cuando mi nombre no sea revelado en tales estudios o resultados de exámenes.

He leído, entendido y acepto lo arriba declarado.

Firma _____ Fecha _____

Firma del padre/madre si el participante es menor de 18 años.

Firma _____ Fecha _____

Cuestionario para adultos (15 años de edad y mayores)

Nombre _____

Fecha ____ / ____ / ____

Por favor conteste las siguientes preguntas “sí” o “no”:

Sí No

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Al caminar o hacer tareas sencillas, tengo dificultad para respirar o toso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Al realizar trabajos más pesados, como caminar cuesta arriba y subir gradas o ejecutar tareas que involucran el levantamiento de objetos, tengo dificultad para respirar o toso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Algunas veces evito hacer ejercicio o participar en deportes como trotar, nadar, jugar al tenis o hacer ejercicios aeróbicos porque tengo dificultad para respirar o toso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. No he podido dormir toda la noche sin tener ataques de tos o falta de aliento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Algunas veces no puedo inhalar profundamente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Algunas veces escucho sonidos de resuello en mi pecho. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Algunas veces siento el pecho congestionado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Algunas veces toso mucho. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. El polvo, el polen y las mascotas me dificultan la respiración. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. El clima frío me dificulta más la respiración. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Mis problemas de respiración se agravan cuando estoy cerca del humo de tabaco, vapores u olores fuertes. . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Cuando me resfrío, a menudo me afecta también el pecho. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. El año pasado visité al menos una vez la sala de urgencias o el consultorio del médico debido a mis problemas respiratorios. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. El año pasado permanecí en el hospital al menos una noche debido a problemas respiratorios. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si alguna vez le han diagnosticado asma, responda a las preguntas a continuación:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 15. Me parece que uso con demasiada frecuencia mi inhalador contra el asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Algunas veces no me gusta la manera en que los medicamentos contra el asma me hacen sentir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Mi medicamento contra el asma no me controla el asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Mi asma controla mi vida más de lo que me gustaría. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Siento tensión o estrés debido a mi asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Me preocupa que mi asma afecte mi salud o incluso acorte mi vida. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXAMINER: PLEASE COMPLETE THIS SECTION

Total number of YES responses _____ FEV₁ percent of predicted _____ %

RECOMMENDATION: Referred _____ Not referred _____

Screening Examiner (Please write clearly) _____

ORIGINAL Form—Screening Program Participant

PINK Copy—Screening Program Coordinator

YELLOW Copy—ACAAI

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DEL ASMA

Formulario de Inscripción e Información

Fecha ____ / ____ / ____
MES DÍA AÑO

PARTICIPANTE: POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCION

Si el participante es menor de edad, uno de los padres deberá completar la Página 1 del formulario y firmar la exoneración de responsabilidad al pie de la página.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal ____ - ____ - ____

Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____ **Edad:** _____ **Estatura:** _____ **Peso:** _____

Raza: Blanco ____ Negro ____ Hispano ____ Asiático ____ Indio Americano ____ Otro _____

Educación Recibida:

Escuela primaria ____ Escuela secundaria ____ Dos años de universidad ____ 4 años de universidad ____ Titulado ____

¿Sufre usted de alergia? Sí ____ No ____

Si su respuesta es positiva, ¿de qué tipo de alergia sufre? _____

¿Fuma? Sí ____ No ____

¿Le han diagnosticado alguna vez asma? Sí ____ No ____

Si su respuesta es positiva y en la actualidad recibe tratamiento médico para su condición, ¿qué tipo de especialista lo atiende?

Pediatra ____ Internista ____ Médico de familia ____

Alergista ____ Pulmonólogo ____ Otro ____ No recibe tratamiento ____

¿Ha sido atendido alguna vez por un alergista? Sí ____ No ____ Desconoce ____

FORMULARIO DE EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Por la presente, eximo de toda responsabilidad al médico examinador, a todos los voluntarios del cuidado de la salud y a las agencias que auspician el Programa de Evaluación del Asma con respecto a este examen de evaluación. Entiendo que los resultados de dicho examen me serán entregados junto con recomendaciones a seguir y que soy responsable de los gastos que sean necesarios. Entiendo, además, que éste es un examen parcial y no un examen de asma exhaustivo. Este examen es voluntario y totalmente gratis. Entiendo que:

1. Este examen de evaluación es parcial, y que no se realiza en sustitución de un examen de asma exhaustivo practicado por mi médico.
2. La responsabilidad de cualquier prueba de verificación para analizar irregularidades encontradas durante el examen practicado por el Programa de Evaluación del Asma recae en mí y no en instituciones participantes, el médico u otro voluntario del cuidado de la salud. Soy responsable de mi propia salud.

3. Ningún otro individuo o agencia está autorizada a hacer uso los resultados de mi evaluación para ningún propósito sin mi consentimiento por escrito, salvo que la información sobre los resultados obtenidos pueda ser utilizada en estudios estadísticos siempre y cuando mi nombre no sea revelado en tales estudios o resultados de exámenes.

He leído, entendido y acepto lo arriba declarado.

Firma _____ Fecha _____

Firma del padre/madre si el participante es menor de 18 años.

Firma _____ Fecha _____

Cuestionario para niños en edades de 8 a 14 años

Aviso: Los niños de edades de 8 a 14 años deben contestar las preguntas por sí mismos.

Nombre _____

Fecha ____ / ____ / ____

Por favor conteste las siguientes preguntas “sí” o “no”:

Sí No

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Al caminar o realizar juegos extenuantes con mis amigos, tengo dificultad para respirar o toso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Al caminar y subir colinas o gradas, tengo dificultad para respirar o toso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. No me gusta correr ni practicar deportes porque tengo dificultad para respirar o toso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Algunas veces despierto por la noche con tos o con dificultad para respirar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Algunas veces tengo dificultad para inhalar profundamente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Algunas veces escucho sonidos de resuello en mi pecho. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Algunas veces siento el pecho congestionado o me duele. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Algunas veces toso mucho. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Cuando estoy afuera, en lugares polvorientos o alrededor de mascotas mi respiración se pone peor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Es difícil respirar en clima frío. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Es difícil respirar cuando las personas fuman o cuando hay olores fuertes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Los resfriados me hacen toser o resollar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Visité el consultorio del médico o la sala de urgencias por motivos de asma o dificultad para respirar este año. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Permanecí en el hospital una noche por el asma o problemas respiratorios este año. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Me han dicho que tengo asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si respondiste “no” a la pregunta 15, ya has terminado el cuestionario. Si respondiste “sí,” por favor contesta las preguntas 16-21.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 16. Yo uso un inhalador contra el asma dos o más veces por semana. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Algunas veces mi medicamento contra el asma me causa malestar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sólo tomo medicamentos cuando no me siento bien. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. No puedo hacer algunas cosas debido al asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Me atemoriza el asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Tengo miedo de morir de asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXAMINER: PLEASE COMPLETE THIS SECTION

Total number of YES responses _____ FEV₁ percent of predicted _____ %

RECOMMENDATION: Referred _____ Not referred _____

Screening Examiner (Please write clearly) _____

ORIGINAL Form—Screening Program Participant

PINK Copy—Screening Program Coordinator

YELLOW Copy—ACAAI

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DEL ASMA

Formulario de Inscripción e Información

Fecha ____ / ____ / ____
MES DÍA AÑO

PARTICIPANTE: POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCION

Si el participante es menor de edad, uno de los padres deberá completar la Página 1 del formulario y firmar la exoneración de responsabilidad al pie de la página.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal ____ ____ ____

Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____ **Edad:** _____ **Estatura:** _____ **Peso:** _____

Raza: Blanco ____ Negro ____ Hispano ____ Asiático ____ Indio Americano ____ Otro _____

Educación Recibida:

Escuela primaria ____ Escuela secundaria ____ Dos años de universidad ____ 4 años de universidad ____ Titulado ____

¿Sufre usted de alergia? Sí ____ No ____

Si su respuesta es positiva, ¿de qué tipo de alergia sufre? _____

¿Fuma? Sí ____ No ____

¿Le han diagnosticado alguna vez asma? Sí ____ No ____

Si su respuesta es positiva y en la actualidad recibe tratamiento médico para su condición, ¿qué tipo de especialista lo atiende?

Pediatra ____ Internista ____ Médico de familia ____

Alergista ____ Pulmonólogo ____ Otro ____ No recibe tratamiento ____

¿Ha sido atendido alguna vez por un alergista? Sí ____ No ____ Desconoce ____

FORMULARIO DE EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Por la presente, eximo de toda responsabilidad al médico examinador, a todos los voluntarios del cuidado de la salud y a las agencias que auspician el Programa de Evaluación del Asma con respecto a este examen de evaluación. Entiendo que los resultados de dicho examen me serán entregados junto con recomendaciones a seguir y que soy responsable de los gastos que sean necesarios. Entiendo, además, que éste es un examen parcial y no un examen de asma exhaustivo. Este examen es voluntario y totalmente gratis. Entiendo que:

1. Este examen de evaluación es parcial, y que no se realiza en sustitución de un examen de asma exhaustivo practicado por mi médico.
2. La responsabilidad de cualquier prueba de verificación para analizar irregularidades encontradas durante el examen practicado por el Programa de Evaluación del Asma recae en mí y no en instituciones participantes, el médico u otro voluntario del cuidado de la salud. Soy responsable de mi propia salud.

3. Ningún otro individuo o agencia está autorizada a hacer uso los resultados de mi evaluación para ningún propósito sin mi consentimiento por escrito, salvo que la información sobre los resultados obtenidos pueda ser utilizada en estudios estadísticos siempre y cuando mi nombre no sea revelado en tales estudios o resultados de exámenes.

He leído, entendido y acepto lo arriba declarado.

Firma _____ Fecha _____

Firma del padre/madre si el participante es menor de 18 años.

Firma _____ Fecha _____

Cuestionario para niños de 7 años de edad y menores

Aviso: Los padres de los niños de 7 años de edad y menores deben contestar las preguntas por sus hijos.

Nombre _____

Fecha ____ / ____ / ____

Por favor conteste las siguientes preguntas “sí” o “no”:

Sí No

1. Al caminar o realizar juegos extenuantes con sus amigos, mi hijo tiene dificultad para respirar o tose.
2. Al caminar y subir colinas o gradas, mi hijo tiene dificultad para respirar o tose.
3. Al correr o practicar deportes, mi hijo tiene dificultad para respirar o tose.
4. Algunas veces mi hijo despierta por la noche con tos o con dificultad para respirar.
5. Algunas veces mi hijo tiene dificultad para inhalar profundamente.
6. Algunas veces mi hijo hace sonidos de resuello al respirar.
7. Algunas veces mi hijo se queja de dolor o congestión en el pecho.
8. Algunas veces mi hijo tose mucho.
9. Al estar afuera, en lugares polvorientos o alrededor de mascotas se empeora la respiración de mi hijo.
10. Para mi hijo, es difícil respirar en clima frío.
11. Para mi hijo, es difícil respirar cuando las personas fuman o cuando hay olores fuertes.
12. Los resfriados hacen que mi hijo tosa o resuelle.
13. Mi hijo visitó el consultorio del médico o la sala de urgencias por motivos de asma o dificultad para respirar este año.
14. Mi hijo permaneció en el hospital una noche por el asma o problemas respiratorios este año.
15. Se me ha informado que mi hijo tiene asma.

Si respondió “no” a la pregunta 15, ya ha terminado el cuestionario. Si respondió “sí,” por favor conteste las preguntas 16-21.

16. Mi hijo usa un inhalador contra el asma dos o más veces por semana.
17. Algunas veces el medicamento contra el asma le causa malestar a mi hijo.
18. Mi hijo sólo toma medicamentos cuando no se siente bien.
19. Mi hijo no puede hacer algunas cosas debido al asma.
20. Mi hijo se atemoriza debido al asma.
21. Me preocupa que el asma afecte la salud de mi hijo o que mi hijo pueda morir debido al asma.

EXAMINER: PLEASE COMPLETE THIS SECTION

Total number of YES responses _____ FEV₁ percent of predicted _____ %

RECOMMENDATION: Referred _____ Not referred _____

Screening Examiner (Please write clearly) _____

ORIGINAL Form—Screening Program Participant

PINK Copy—Screening Program Coordinator

YELLOW Copy—ACAAI