

Prueba de control del asma (ACT™)

Esta prueba fue diseñada para ayudarlo/a a describir su asma y la forma en que su asma afecta cómo usted se siente y lo que es capaz de hacer. Para completarla, por favor marque una en el cuadrado que mejor describa su respuesta.

1. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo le ha impedido su **asma** hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

Siempre	La mayoría del tiempo	Algo del tiempo	Un poco del tiempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?

Más de una vez por día	Una vez por día	De 3 a 6 veces por semana	Una o dos veces por semana	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia sus síntomas de **asma** (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

4 ó más noches por semana	De 2 a 3 noches por semana	Una vez por semana	Una o dos veces	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

4. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol, Ventolin®, Proventil®, o Maxair®)?

3 ó más veces por día	1 ó 2 veces por día	2 ó 3 veces por semana	Una vez por semana o menos	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

5. ¿Cómo evaluaría el control de su **asma** durante las **últimas 4 semanas**?

No controlada en absoluto	Mal controlada	Algo controlada	Bien controlada	Completamente controlada
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅