

Prueba de Control del Asma de la Infancia para niños de 4 a 11 años de edad

Cómo contestar la Prueba de Control del Asma de la Infancia

- ▶ **Paso 1** Deje que su niño/a conteste las **primeras cuatro preguntas (de la 1 a la 4)**. Si su niño/a necesita ayuda para leer o entender alguna pregunta, usted lo/la puede ayudar pero deje que él/ella sea quien elija la respuesta. Conteste usted las **tres preguntas restantes (de la 5 a la 7)** y no permita que las respuestas de su niño/a afecten sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas.
- ▶ **Paso 2** Anote el número correspondiente a cada respuesta en el cuadro de la derecha.
- ▶ **Paso 3** Sume todos los puntos en los cuadros para obtener el total.
- ▶ **Paso 4** Lívele la prueba a su doctor para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

19
puntos o
menos

Si su hijo/a obtuvo 19 puntos o menos, puede ser una señal de que su asma no está tan bien controlada como podría serlo. Lleve esta prueba a su doctor para hablar con él sobre los resultados.





Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?





| | | | |
|--|--|---|---|
|  0 Muy mal |  1 Mal |  2 Bien |  3 Muy bien |
|--|--|---|---|

PUNTAJE



2. ¿Qué tan problemática es tu asma cuando corres, haces ejercicio o practicas algún deporte?

| | | | |
|---|--|---|---|
|  0 Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer. |  1 Es un problema y no me siento bien. |  2 Es un problema pequeño pero está bien. |  3 No es un problema. |
|---|--|---|---|

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

| | | | |
|---|---|---|---|
|  0 Sí, siempre. |  1 Sí, la mayoría del tiempo. |  2 Sí, algo del tiempo. |  3 No, nunca. |
|---|---|---|---|

4. ¿Te despiertas durante la noche debido a tu asma?

| | | | |
|---|---|---|---|
|  0 Sí, siempre. |  1 Sí, la mayoría del tiempo. |  2 Sí, algo del tiempo. |  3 No, nunca. |
|---|---|---|---|

Por favor complete usted las siguientes preguntas.

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

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 5 Nunca | 4 De 1 a 3 días | 3 De 4 a 10 días | 2 De 11 a 18 días | 1 De 19 a 24 días | 0 Todos los días |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a respiración sibilante (un silbido en el pecho) durante el día debido al asma?

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 5 Nunca | 4 De 1 a 3 días | 3 De 4 a 10 días | 2 De 11 a 18 días | 1 De 19 a 24 días | 0 Todos los días |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días se despertó su niño/a durante la noche debido al asma?

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 5 Nunca | 4 De 1 a 3 días | 3 De 4 a 10 días | 2 De 11 a 18 días | 1 De 19 a 24 días | 0 Todos los días |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|

TOTAL