

# 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 4 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 **3 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 al médico para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

**19**  
puntos o menos





Si su niño/a obtuvo 19 puntos o menos, puede ser una señal de que su asma no está tan bien controlada como podría serlo. Sin importar el puntaje obtenido, lleve esta prueba a su médico para conversar sobre los resultados de su niño/a.

### Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

 <b>0</b> Muy mal	 <b>1</b> Mal	 <b>2</b> Bien	 <b>3</b> Muy bien	<b>PUNTAJE</b> <input type="text"/>
--	--	---	---	--





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

 <b>0</b> Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer.	 <b>1</b> Es un problema y no me siento bien.	 <b>2</b> Es un problema pequeño pero está bien.	 <b>3</b> No es un problema.	<input type="text"/>
---	--	---	---	----------------------

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

 <b>0</b> Sí, siempre.	 <b>1</b> Sí, la mayoría del tiempo.	 <b>2</b> Sí, algo del tiempo.	 <b>3</b> No, nunca.	<input type="text"/>
---	---	---	---	----------------------

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

 <b>0</b> Sí, siempre.	 <b>1</b> Sí, la mayoría del tiempo.	 <b>2</b> Sí, algo del tiempo.	 <b>3</b> No, nunca.	<input type="text"/>
---	---	---	---	----------------------

### 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?

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> Todos los días	<input type="text"/>
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------

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?

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> Todos los días	<input type="text"/>
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------

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

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> Todos los días	<input type="text"/>
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------

Las siguientes respuestas no deben sumarse al puntaje total. Converse con el médico de su niño/a acerca de estas respuestas.

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha llevado a su niño/a al servicio de emergencias debido al asma (que no hayan resultado en una hospitalización)? \_\_\_\_\_

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha estado su niño/a hospitalizado/a debido al asma? \_\_\_\_\_

