

PRUEBA DE CONTROL DEL ASMA DE LA INFANCIA
para niños/as de 4 a 11 años de edad

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: Suma cada los puntos en los cuadros para obtener el total.



Paso 4: Llévele 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
--	--	---	---





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?

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

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?

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

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

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

PUNTAJE

TOTAL

