

Nombre y apellido  
del paciente: \_\_\_\_\_





Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Prueba de Control del Asma Para Niños/as de 4 a 11 años





Esta prueba le dará un puntaje que puede ayudar al médico a evaluar si el tratamiento para el asma de su niño/a está funcionando o si puede ser el momento adecuado para cambiarlo.

**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 puede ayudar pero deje que él/ella sea quien elija la respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas.





#### 1. ¿Cómo está tu asma hoy?

 0 Muy mala	 1 Mala	 2 Buena	 3 Muy buena
--	--	---	---





#### 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
---	---	---	---

**Paso 2.** 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.

#### 5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a síntomas de asma durante el día? (por ejemplo, tos)

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
------------	--------------------	---------------------	----------------------	----------------------	---------------------

**Paso 3.** Escriba el número de cada respuesta en el cuadrado de puntaje que se encuentra a la derecha de cada pregunta.

**Paso 4.** Sume cada uno de los puntajes de los cuadrillos para obtener el total.

**Paso 5.** Enseñe la prueba a su médico para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

Si el puntaje de su niño/a es **19 o menos**, puede ser una señal de que el asma de su niño/a no está tan bien controlada como podría estar. Sin importar el resultado, lleve esta prueba a su médico para hablar sobre los resultados de su niño/a.

Puntaje

Total