



Dé un paso adelante hacia el control

Nombre del paciente: _____

Número de identificación: _____

Nombre del médico: _____ Fecha: _____

Médico: Pida al padre, la madre o el tutor legal que llene este cuestionario.

Instrucciones: Marque una respuesta por cada pregunta e ingrese la puntuación asignada (0 ó 1) en la línea. _____

1. En las últimas 4 semanas, su hijo:

- a. ¿Tuvo sibilancias o dificultades para respirar mientras hacía ejercicio? Sí (1) No (0) No sé (1)
- b. ¿Tuvo sibilancias durante el día cuando **no** estaba haciendo ejercicio? Sí (1) No (0) No sé (1)
- c. ¿Se despertó de noche con sibilancias o dificultades para respirar? Sí (1) No (0) No sé (1)
- d. ¿Faltó a la escuela a causa del asma? Sí (1) No (0) No sé (1)
- e. ¿Faltó a alguna actividad diaria (como jugar, ir a casa de amigos o cualquier actividad familiar) a causa del asma? Sí (1) No (0) No sé (1)

2. ¿Usa su hijo un inhalador o nebulizador para aliviar rápidamente los síntomas del asma?

Sí No No sé

En caso afirmativo: en el transcurso de las últimas 4 semanas, ¿cuál fue el **máximo número de veces en un mismo día** que su hijo usó este inhalador/nebulizador?

0 (0) 3 a 4 (1)[†] Más de 6 (1)

1 a 2 (0) 5 a 6 (1) Ingrese la puntuación _____

3. ¿Cree que el asma de su hijo estuvo bien controlada durante las últimas 4 semanas?

Sí (0) No (1) No sé (1)

Sume los números de la columna azul e ingrese aquí la puntuación total.

TOTAL _____

Si la puntuación total es 1 o mayor, hable del cuestionario con el médico de su hijo.

*El dominio de "control" es uno de los dominios del instrumento ATAQ. El instrumento completo abarca otros dominios de manejo de la enfermedad.

[†]Refleja un umbral inferior al que se utilizó en los estudios de validación del ATAQ para identificar posibles problemas de control. Esta modificación fue diseñada para alentar a pacientes y proveedores de atención médica a hablar sobre el modo de uso de los medicamentos contra el asma.