

CHEQUEO DE ASMA PARA NINOS

Si

No



- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Cuando camino o juego pesado con amigos, yo tengo problemas para respirar o con tos. | _____ | _____ |
| 2. Cuando subo montanas o escaleras caminando, yo tengo problemas para respirar o con tos. | _____ | _____ |
| 3. No me gusta correr o hacer deporte debido a que yo batallo para respirar o con tos. | _____ | _____ |
| 4. Algunas veces yo tengo problemas par respirar profundamente. | _____ | _____ |
| 5. Algunas veces yo despierto en la noche tosiendo o con dificultad para respirar. | _____ | _____ |
| 6. Algunas veces yo escucho sibilansía de mi pecho. | _____ | _____ |
| 7. Algunas veces mi pecho me duele o lo siento apretado. | _____ | _____ |
| 8. Algunas veces yo tengo mucha tos. | _____ | _____ |
| 9. Estando afuera, alrededor de polvo o mascotas mi respiración empeora. | _____ | _____ |
| 10. Es difícil respirar en temporada de frió. | _____ | _____ |
| 11. Yo fui a la oficina de doctor o sala de Urgencia debido a asma este año. | _____ | _____ |
| 12. Yo estuve en el hospital una noche debido a asma este año. | _____ | _____ |
| 13. Algunas veces mi medicina de asma me hace sentirme mal. | _____ | _____ |
| 14. Yo nomás tomo la medicina cuando me siento mal. | _____ | _____ |



Asthma and Allergy
Foundation of America®
TEXAS CHAPTER

Ft. Worth, TX
817-297-3132
www.aafatexas.org
info@aafatexas.org

El material proporcionado es para los propósitos informativos y no substituye de ninguna manera el consejo de su médico
Translation courtesy of Rick Montoya, RRT, Thomason Hospital, El Paso