



Encuesta previa a la visita

Student Name:

School:

Study ID:

Sección 1: Control del Asma y Evaluación de Riesgos

Ayúdenos a entender el asma de [*student first name*] desde nuestra última visita [*visit 1 date*].

1. Desde la última vez que hablamos, ¿cuántas veces ha visitado [*student first name*] la sala de emergencias/sala de atención urgente o ha acudido a una cita urgente al consultorio del médico por asma?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ Más de 10
- ☐ No sé

2. Desde la última vez que hablamos, ¿cuántas veces ha sido [*student first name*] internado/a para pasar la noche en el hospital debido al asma?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Más de 5
- ☐ No sé

3. Desde la última vez que hablamos, ¿cuántas veces ha usado [*student first name*] esteroides orales (prednisona, Orapred) para tratar un ataque de asma?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ Más de 10
- ☐ No sé



4. Desde la última vez que hablamos, ¿cuántos días de escuela perdió [*student first name*] debido al asma??
 - ☐ 0
 - ☐ 1 - 2 días
 - ☐ 3 - 5 días
 - ☐ 6 - 10 días
 - ☐ 11 - 15 días
 - ☐ 15 o más días No sé
5. Desde la última vez que hablamos, ¿cuántos días de trabajo han perdido usted u otros cuidadores debido al asma de [*student first name*]?
 - ☐ 0
 - ☐ 1 - 2 días
 - ☐ 3 - 5 días
 - ☐ 6 - 10 días
 - ☐ 11 - 15 días
 - ☐ 15 o más días No sé
6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó [*student first name*] algún medicamento de rescate o de alivio (algún jarabe, algún inhalador o un respirador) para aliviar la tos, la dificultad para respirar o la sibilancia?
 - ☐ Nunca
 - ☐ 1-2 veces/mes
 - ☐ 3 o más veces/mes
 - ☐ 2 o más veces/semana
 - ☐ Cada noche
7. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido [*student first name*] tos, dificultad para respirar o sibilancia por la mañana o durante el día?
 - ☐ Nunca
 - ☐ 1-2 días/semana
 - ☐ 3 o más días/semana, pero no todos los días
 - ☐ Cada día
8. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha [*student first name*] despertado por la noche debido a tos, dificultad para respirar o sibilancias?
 - ☐ Nunca
 - ☐ 1-2 días/semana
 - ☐ 3 o más días/semana, pero no todos los días
 - ☐ Cada día
9. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia el asma le ha molestado a [*student first name*] o le ha interrumpido sus actividades normales (jugar, correr y practicar deportes)?
 - ☐ Nunca
 - ☐ Raramente
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Todo el tiempo



Sección 2: Cambios

10. ¿Ha cambiado de escuela [*student first name*] desde que hablamos?

- ☐ Sí
- ☐ No

11. ¿Se ha mudado [*student first name*] a una nueva ubicación desde que hablamos la última vez?

- ☐ Sí
- ☐ No

12. ¿Ha cambiado el cuidador principal/padre/tutor de [*student first name*]?

- ☐ Sí
- ☐ No

13. ¿Ha habido algún cambio en el estado del seguro médico de [*student first name*]?

- ☐ Sí
- ☐ No

14. ¿Ha cambiado el médico/proveedor de atención médica de [*student first name*]?

- ☐ Sí
- ☐ No

15. ¿Ha cambiado el medicamento que [*student first name*] estaba usando?

- ☐ Sí
- ☐ No

16. ¿Alguien en el círculo más cercano de [*student first name*] fuma?

- ☐ Sí
- ☐ No

17. ¿Quién fuma? (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Estudiante
- ☐ Madre
- ☐ Padre
- ☐ Hermano/a
- ☐ Tío/a
- ☐ Abuelos
- ☐ Amigos/Invitados
- ☐ Otro

17.a ¿Quién más fuma? _____

18. ¿En dónde fuman? (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Dentro del hogar
- ☐ Dentro del auto
- ☐ En el exterior



19. ¿Alguien en el círculo cercano de [studnet first name] vapea?

- ☐ Sí
- ☐ No

20. ¿Quién vapea? (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Estudiante
- ☐ Madre
- ☐ Padre
- ☐ Hermano/a
- ☐ Tío/a
- ☐ Abuelos
- ☐ Amigos/Invitados
- ☐ Otro

20.a ¿Quién más vapea? _____

21. ¿En dónde vapean? (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Dentro del hogar
- ☐ Dentro del auto
- ☐ En el exterior