Better Asthma Control for Kids

**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 has molestado el asma 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