

La Visita Suya o de Su Niño para el Asma: LO QUE PUEDE ESPERAR, LO QUE DEBE PREGUNTAR



SU NOMBRE: _____ Su relación al niño: _____

¿Tiene ciertas preocupaciones específicas que quiere discutir hoy?

NO Sí _____

¿Ha habido cambios IMPORTANTES últimamente con su familia?

Ninguno Mudarse Cambio de trabajo Separación Divorcio Muerte en la familia
 Mascota nuevo Otro Describa _____

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

	No	Yes	Unsure
Desde su última visita, ¿ha tenido usted o su niño alguna enfermedad GRAVE o necesidad de ir al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Han ocurrido nuevos problemas de salud para cualquiera de ustedes o cualquiera de los familiares de su niño desde la última visita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay algún cambio a los medicamentos suyos o de su niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fuma usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay adultos que fuman cerca de donde está su niño? (Esto incluye dentro y fuera de la casa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha recibido atención médica usted o su niño en la sala de emergencias en los últimos 6 meses debido al asma?

No Yes, 1-2 times Yes, 3-4 times Yes, 5-6 times Yes, more than 6 times

¿Ha sido hospitalizado usted o su niño en los últimos 12 meses debido al asma?

No Sí 1 a 2 veces Sí 3 a 4 veces Sí 5 a 6 veces Sí más de 6 veces

¿Tiene usted o su niño en este momento cualquiera de los siguientes síntomas de asma?

La tos, especialmente en la noche Sibilancias Dificultad para respirar
 Opresión, dolor o presión en el pecho

¿Tiene usted o su niño alguno de los síntomas tempranos de un ataque de asma?

Mucha tos, especialmente en la noche Perder el aliento con facilidad o dificultad para respirar
 Sentirse muy cansado o débil cuando hace ejercicios Sibilancia o la tos después de hacer ejercicios

¿Utiliza usted o su niño un espaciador?

No No, no tenemos Sí, siempre Sí, a veces Sí, rara vez
 Hay necesidad, pero no tenemos

¿Utiliza usted o su niño un nebulizador?

No No, no tenemos Sí, siempre Sí, a veces Sí, rara vez
 Hay necesidad, pero no tenemos

¿Utiliza usted o su niño un inhalador de rescate?

No No, no tenemos Sí, siempre Sí, a veces Sí, rara vez
 Hay necesidad, pero no tenemos

Pregúntele a su médico sobre cualquier preocupación específica que tenga acerca del asma suya o de su niño.

MEDICAMENTOS/TRATAMIENTOS

- Inhalers/Rescue Inhalers
- Spacers
- Nebulizers
- Pulmonary Function Tests
- Steroids
- Asthma Specialist
- Herbal Remedies

SÍNTOMAS

- Asthma Triggers
- Early Symptom of Asthma Attack
- Asthma Symptoms
- Depression
- Others

PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Smoking Cessation
- Immunizations
- Exercise Routine
- When to Call a Doctor
- Family Planning
- Dental Appointment

NUTRICIÓN

- Dieta saludable
- Bocadillos saludables

*Esta no es una herramienta de auto diagnóstico ni un plan de tratamiento.
Por favor consulte a su médico y comparta esta información con su médico en su próxima cita.*