



Obtenga una Tarjeta
de Regalo por
\$25!

Prueba de Control del Asma durante la infancia

Una prueba rápida proporciona una calificación numérica para evaluar el control del asma de su hijo. **Para niños de 4 a 11 años de edad.**

PASO 1 Permita a su hijo responder las **primeras cuatro preguntas (1 a 4)**. Si su hijo necesita ayuda para leer o entender la pregunta, usted puede ayudar, pero permita que él seleccione la respuesta. Complete las restantes **tres preguntas (5 al 7)** por su cuenta y sin dejar que la respuesta de su hijo afecte sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas.

PASO 2 Anote el número en la casilla de CALIFICACIÓN al lado de cada pregunta.

PASO 3 Agregue sus respuestas y anote su calificación TOTAL en la casilla a continuación.

PASO 4 Lleve este formulario a su próxima cita y discuta los resultados de su hijo con su proveedor.

Childhood Asthma Control Test

A quick test that provides a numerical score to assess your child's asthma control. **For children 4 to 11 years.**

STEP 1 Let your child respond to the **first four questions (1 to 4)**. If your child needs help reading or understanding the question, you may help, but let your child select the response. Complete the remaining **three questions (5 to 7)** on your own and without letting your child's response influence your answers. There are no right or wrong answers.

STEP 2 Write the answer number in the SCORE box to the right of each question.

STEP 3 Add up your answers and write your total score in the TOTAL box shown below.

STEP 4 Take this form to your next appointment and discuss your child's results with your provider.

**SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™**



Here for you

Pida a su hijo que complete estas preguntas (Have your child complete these questions.)

CALIFICACIÓN
SCORE

1. ¿Cómo esta su asma hoy? HOW IS YOUR ASTHMA TODAY?

<p>0 Muy mal VERY BAD</p>	<p>1 Mal BAD</p>	<p>2 Bien GOOD</p>	<p>3 Muy bien VERY GOOD</p>	<p>_____</p>
--------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--	--------------

2. ¿Qué tan grande es su problema del asma cuando usted corre, hace ejercicios o practica deportes?

HOW MUCH OF A PROBLEM IS YOUR ASTHMA WHEN YOU RUN, EXERCISE OR PLAY SPORTS?

<p>0 Es un gran problema, no puedo hacer todo lo que quiero hacer. IT'S A BIG PROBLEM, I CAN'T DO WHAT I WANT TO DO.</p>	<p>1 Es un problema y no me gusta. IT'S A PROBLEM AND I DON'T LIKE IT.</p>	<p>2 Es un poco de problema, pero está bien. IT'S A PROBLEM BUT IT'S OKAY.</p>	<p>3 No es un problema. IT'S NOT A PROBLEM.</p>	<p>_____</p>
---	---	---	--	--------------

3. ¿Le da tos debido a su asma? DO YOU COUGH BECAUSE OF YOUR ASTHMA?

<p>0 Sí, todo el tiempo. YES, ALL OF THE TIME.</p>	<p>1 Sí, la mayoría de las veces. YES, MOST OF THE TIME.</p>	<p>2 Sí, parte del tiempo. YES, SOME OF THE TIME.</p>	<p>3 No, para nada. NO, NONE OF THE TIME.</p>	<p>_____</p>
---	---	--	--	--------------

4. ¿Se despierta durante la noche debido a su asma? DO YOU WAKE UP DURING THE NIGHT BECAUSE OF YOUR ASTHMA?

<p>0 Sí, todo el tiempo. YES, ALL OF THE TIME.</p>	<p>1 Sí, la mayoría de las veces. YES, MOST OF THE TIME.</p>	<p>2 Sí, parte del tiempo. YES, SOME OF THE TIME.</p>	<p>3 No, para nada. NO, NONE OF THE TIME.</p>	<p>_____</p>
---	---	--	--	--------------

Complete las siguientes preguntas por su cuenta. (Complete the following questions on your own.)

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su hijo síntomas del asma durante el día?

DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW MANY DAYS DID YOUR CHILD HAVE ANY DAYTIME ASTHMA SYMPTOMS?

5 En lo absoluto NOT AT ALL	4 1 a 3 días 1-3 DAYS	3 4 a 10 días 4-10 DAYS	2 11 a 18 días 11-18 DAYS	1 19 a 24 días 19-24 DAYS	0 Todos los días EVERYDAY	_____
---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días su hijo tuvo sibilancias durante el día debido al asma?

DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW MANY DAYS DID YOUR CHILD WHEEZE DURING THE DAY BECAUSE OF ASTHMA?

5 En lo absoluto NOT AT ALL	4 1 a 3 días 1-3 DAYS	3 4 a 10 días 4-10 DAYS	2 11 a 18 días 11-18 DAYS	1 19 a 24 días 19-24 DAYS	0 Todos los días EVERYDAY	_____
---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces se despertó su hijo durante la noche debido al asma?

DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW MANY DAYS DID YOUR CHILD WAKE UP DURING THE NIGHT BECAUSE OF ASTHMA?

5 En lo absoluto NOT AT ALL	4 1 a 3 días 1-3 DAYS	3 4 a 10 días 4-10 DAYS	2 11 a 18 días 11-18 DAYS	1 19 a 24 días 19-24 DAYS	0 Todos los días EVERYDAY	_____
---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------

Si la calificación de su hijo es 19 o menos, puede ser una señal de que el asma de su hijo no está controlada como debería de estarlo. Sin importar la calificación, lleve la prueba a su proveedor para hablar sobre los resultados de su hijo.

If your child's score is 19 or less, it may be a sign that your child's asthma is not controlled as well as it could be. No matter what the score, bring this test to your provider to talk about your child's results.

TOTAL
TOTAL

Envíenos su formulario completo y firmado en el sobre adjunto con porte pagado o por fax al 1(415) 615-4547.

Obtenga una Tarjeta de Regalo por **\$25!**

Una vez que lo recibamos, le enviaremos una tarjeta de regalo por \$25. Puede tardar de 4 a 6 semanas después de que recibamos su formulario para obtener su tarjeta de regalo.

Puede recibir solo una tarjeta de regalo por año calendario por realizarse todas sus pruebas.

Su proveedor debe completar y firmar todos los formularios.

Seleccione uno:

\$25 TARGET \$25 Walgreens

MEMBER INFORMATION

Nombre del Miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de identificación de SFHP: _____

PRIMARY CARE PROVIDER INFORMATION

Provider Name: _____

Clinic Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip: _____

Provider Phone: _____

X _____
PROVIDER SIGNATURE

DATE