

Prueba de Control del Asma

Una prueba rápida proporciona una calificación numérica para evaluar el control del asma.

Para adultos y niños mayores de 12 años de edad.

PASO 1: Responda cada pregunta y anote el número en la casilla de CALIFICACIÓN al lado de cada pregunta.

PASO 2: Agregue sus respuestas y anote su calificación total en la casilla a continuación.

PASO 3: Lleve esta prueba a su próxima cita y discuta los resultados con su proveedor.

Here for you

PROVIDERS:
See reverse for instructions.

1.	En las últimas 4 semanas , ¿cuánto tiempo el asma le impidió hacer cosas en el trabajo, la escuela o en la casa? <small>IN THE PAST 4 WEEKS, HOW MUCH OF THE TIME DID YOUR ASTHMA KEEP YOU FROM GETTING AS MUCH DONE AT WORK, SCHOOL OR AT HOME?</small>	CALIFICACIÓN	
		SCORE	
1 Todo el tiempo <small>ALL OF THE TIME</small>	2 La mayoría de las veces <small>MOST OF THE TIME</small>	3 Parte del tiempo <small>SOME OF THE TIME</small>	4 Un poco del tiempo <small>A LITTLE OF THE TIME</small>
5 Nada de tiempo <small>NONE OF THE TIME</small>			+ <hr style="width: 100%;"/>
2.	Durante las últimas 4 semanas , ¿qué tan a menudo tuvo dificultad para respirar? <small>DURING THE PAST 4 WEEKS, HOW OFTEN HAVE YOU HAD SHORTNESS OF BREATH?</small>		+ <hr style="width: 100%;"/>
1 Más de una vez al día <small>MORE THAN ONCE A DAY</small>	2 Una vez al día <small>ONCE A DAY</small>	3 3 a 6 veces al día <small>3 TO 6 TIMES A WEEK</small>	4 Una o dos veces a la semana <small>ONCE OR TWICE A WEEK</small>
5 En lo absoluto <small>NOT AT ALL</small>			+ <hr style="width: 100%;"/>
3.	Durante las últimas 4 semanas , ¿con qué frecuencia sus síntomas de asma (silbido, tos, dificultad para respirar, opresión o dolor en el pecho) le despertaron durante la noche o más temprano de lo normal en la mañana? <small>DURING THE PAST 4 WEEKS, HOW OFTEN DID YOUR ASTHMA SYMPTOMS (WHEEZING, COUGHING, SHORTNESS OF BREATH, CHEST TIGHTNESS OR PAIN) WAKE YOU UP AT NIGHT OR EARLIER THAN USUAL IN THE MORNING?</small>		+ <hr style="width: 100%;"/>
1 4 o más noches a la semana <small>4 OR MORE NIGHTS A WEEK</small>	2 2 a 3 noches a la semana <small>2 OR 3 NIGHTS A WEEK</small>	3 Una vez a la semana <small>ONCE A WEEK</small>	4 Una o dos veces <small>ONCE OR TWICE</small>
5 En lo absoluto <small>NOT AT ALL</small>			+ <hr style="width: 100%;"/>
4.	Durante las últimas 4 semanas , ¿con qué frecuencia utilizó su inhalador de rescate o medicamento para nebulizar (como albuterol)? <small>DURING THE PAST 4 WEEKS, HOW OFTEN HAVE YOU USED YOUR RESCUE INHALER OR NEBULIZER MEDICATION (SUCH AS ALBUTEROL)?</small>		+ <hr style="width: 100%;"/>
1 3 o más veces al día <small>3 OR MORE TIMES PER DAY</small>	2 1 o 2 veces al día <small>1 OR 2 TIMES PER DAY</small>	3 2 o 3 veces al día <small>2 OR 3 TIMES PER WEEK</small>	4 Una vez a la semana <small>ONCE A WEEK</small>
5 En lo absoluto <small>NOT AT ALL</small>			+ <hr style="width: 100%;"/>
5.	¿Cómo calificaría su control del asma durante las últimas 4 semanas ? <small>HOW WOULD YOU RATE YOUR ASTHMA CONTROL DURING THE PAST 4 WEEKS?</small>		+ <hr style="width: 100%;"/>
1 Sin control en lo absoluto <small>NOT CONTROLLED AT ALL</small>	2 Control deficiente <small>POORLY CONTROLLED</small>	3 Un poco de control <small>SOMEWHAT CONTROLLED</small>	4 Bien controlada <small>WELL CONTROLLED</small>
5 Completamente controlada <small>COMPLETELY CONTROLLED</small>			= <hr style="width: 100%;"/>
Si su calificación es menor a 19, su asma podría no estar bajo control. Asegúrese de hablar con su proveedor sobre sus resultados.			TOTAL TOTAL <hr style="width: 100%;"/>

© 2002 QualityMetric Incorporated. Asthma Control Test is a trademark of QualityMetric Incorporated.

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:



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

Asthma Control Test

A quick test that provides a numerical score to assess asthma control. **For adults and children 12 years or older.**

STEP 1: Answer each question and write the answer number in the SCORE box to the right of each question.

STEP 2: Add your answers and write your total score in the TOTAL box shown below.

STEP 3: Take this test form to your next appointment and discuss your results with your provider.

If your score is 19 or less, your asthma may not be under control. Be sure to talk with your provider about your results.