



CUESTIONARIO SOBRE EL ASMA PARA NIÑOS



1. ¿Has tenido tos, silbido en el pecho o dificultad para respirar por **4 días o más** durante los **últimos 7 días**?



Sí



No



2. ¿Te has despertado en la noche debido a la tos, a la respiración de silbido o porque respirabas con dificultad **1 vez o más** durante los **últimos 7 días**?



Sí



No



3. ¿Has utilizado el **inhalador azul 4 veces o más** durante los **últimos 7 días**?



Sí



No



4. ¿Durante los **últimos 7 días**, ¿has hecho menos ejercicio o practicado menos deportes porque te causaba tos, respiración de silbido o porque respirabas con dificultad?



Sí



No



5. ¿Durante los **últimos 30 días**, ¿has faltado a la escuela o a tus actividades habituales debido a la tos, a la respiración de silbido o porque respirabas con dificultad?



Sí



No



6. ¿Durante los **últimos 30 días**, ¿has ido con un doctor, a una clínica o a un hospital sin cita debido a la tos, a la respiración de silbido o porque respirabas con dificultad?



Sí



No



¿Cuántas pelotas marcaste con el «**Sí**»?

Si has marcado **2** pelotas o más con el «**Sí**», quiere decir que tu asma no está bien controlada. Pídele a tu mamá y a tu papá que te lleven al médico. ¡Tu doctor te ayudará a que te sientas mejor!