TRIPLE-S, INC.

Programa educativo sobre asma

Instrucciones: Este cuestionario debe ser completado en los pacientes de la lista certificada por el médico que participa en el Programa de Incentivos de Calidad. El programa educativo de asma es para niños y adultos.

Nombre del paciente _____ **Número de contrato de Triple-S** _____

Teléfono del paciente _____

Nombre del Médico _____ **Número del proveedor** _____

1. ¿Ha tenido alguna de las siguientes?:	**Sí**	**No**
a. Entubación por asma	O	O
b. Admisión a la unidad de cuidado intensivo	O	O
c. Dos o más hospitalizaciones por asma en el último año	O	O
d. Una hospitalización por asma en el último año	O	O
e. Tres o más visitas a sala de emergencia por asma en el último año	O	O
f. Una o dos visitas a sala de emergencia por asma en el último año	O	O

2. ¿Cómo cataloga los síntomas?

( ) Continuo ( ) Más de 2 veces en semana pero menos de 1 vez al día

( ) Diario ( ) Ninguna de las anteriores, especifique: _____

3. ¿Cómo son los síntomas nocturnos?

( ) Frecuentes ( ) Más de 2 veces al mes

( ) Más de 1 vez por semana ( ) Ninguna de las anteriores, especifique: _____

4. ¿Cómo cataloga las exacerbaciones?

( ) Esporádica ( ) Recurrente

5. ¿Le limita el asma la actividad física?

( ) Sí ( ) No

6. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades crónica obstructiva del pulmón?

( ) Enfisema ( ) Otra, especifique: _____

( ) Bronquitis Crónica

7. ¿Tiene el paciente historial de enfermedad cardiovascular?

( ) Sí ( ) No

8. Marque la que mejor represente el último resultado de las siguientes pruebas:

( ) FEV o PEF < = 60% pred. ( ) FEV o PEF => 80% pred.

( ) FEV o PEF >60% a < 80% pred.

- Muchas gracias por su participación -