



PREGUNTAS ACERCA DE SU RESPIRACIÓN

Por favor responda las preguntas siguientes SOLAMENTE PARA EL PACIENTE que está viendo al doctor hoy, usted O su hijo.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

1. ¿A tenido usted/su hijo problemas para respirar, tos, sibilancia (silbido en el pecho) durante el día?

Si No

2. ¿A tenido usted/su hijo problemas para respirar en la noche, o temprano en la mañana Si No

3. ¿El problema respiratorio impidió que usted/su hijo fuera a la escuela/trabajo/realizara actividades normales? Si No

4. ¿Alguna vez usted/su hijo ha ido con un médico, urgencias, emergencias o a un hospital por problemas de respiración?

Si No

5. ¿Tiene usted/su hijo resfriados que se asientan en el pecho, o tos que dura 10 días o más después de que se le quito el resfriado? Si No

6. ¿Alguna vez usted/su hijo ha necesitado pastillas de esteroides o jarabe (prednisone, prednisolone, prelone) para problemas respiratorios? Si No

Si es así, ¿cuántas veces ha sucedido esto? _____

7. ¿Alguna vez usted/su hijo ha tomado alguna otra medicina (pastillas, inhalador, inhalador dosificado, jarabe) para problemas respiratorios? Si No

Si es así, por favor anótelos: _____

8. ¿Usted/su hijo tienen historial de eczema, alergia al polen u otras alergias, incluyendo a la comida? Si No

Si es así, por favor háblenos de eso: _____

9. ¿A qué edad usted/su hijo empezó a tener problemas respiratorios? _____

10. ¿Algún pariente biológico (padre, hermano/a, hijo) tiene:

Asma Alergias

11. ¿Usted o alguien en la familia fuma? Si No

12. ¿Usted/su hijo van a lugares con humo? Si No

13. Marque cualquiera de las cosas que hacen que el problema de respiración de usted/su hijo empeore.

Respirar en el trabajo sustancias químicas, polvo, humo

Olores Fuertes como limpiadores o perfumes

Resfriados o Influenza

Animales

Clima

Polvo

Ejercicio

Polen y moho

Cigarros y otro humo

Medicinas: _____

Otras cosas: _____

Por favor anote cualquier medicina que usted/su hijo tomen:

¡Gracias por su ayuda! Por favor entregue esta forma al doctor que lo vea a usted o a su hijo hoy.