

First Name: _____ Last Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ MRN: _____

Email address: _____ Insurance Company: _____

Date of Visit: ____/____/____ Attending Physician: _____ Patient's first encounter form? Yes No

Reason for visit: Asthma well visit Asthma exacerbation Asthma exacerbation follow up Spirometry visit Other

SECCIÓN PARA PADRES: Complete las preguntas 1 a 13. Agradecemos que nos ayude a cuidar de su hijo.

1. ¿Su hijo ha faltado a la escuela o a la guardería por causa del asma en los últimos 6 meses? Sí No No asiste
Si respondió sí, ingrese la cantidad de días que faltó su hijo a la escuela o guardería en los últimos 6 meses por causa del asma: ____ días
2. ¿Usted o su cónyuge han faltado al trabajo por causa del asma de su hijo en los últimos 6 meses? Sí No Sin empleo actualmente
Si respondió sí, ingrese la cantidad de días que faltaron usted o su cónyuge al trabajo en los últimos 6 meses por causa del asma: ____ días
3. ¿Su hijo ha ido a una Sala de emergencia o a un Centro de atención de urgencia por causa del asma en los últimos 12 meses? Sí No Si respondió sí, ¿cuántas veces? ____
4. ¿Su hijo ha estado internado en el hospital por causa del asma en los últimos 12 meses? Sí No Si respondió sí, ¿cuántas veces? _____
5. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia necesitó su hijo un medicamento de rápida acción o alivio rápido, en ocasiones que no fueran antes de hacer ejercicio? (se incluyen Albuterol, Ventolin®, Proventil®, Xopenex®) Nunca Menos de 1 vez por día 1-3 veces por día 4 o más veces por día No está seguro
6. Para pacientes que utilizan inhaladores de rescate/control, ¿se utiliza un espaciador? Sí No No está seguro
7. ¿Con qué frecuencia el asma limita las actividades de su hijo? Nunca Muy pocas veces A veces Gran parte del tiempo Siempre
8. Durante las últimas 2 a 4 semanas, ¿con qué frecuencia sufrió su hijo episodios de tos, falta de aliento, sibilancias o actividad reducida por causa del asma durante el DÍA? 2 o menos días por semana más de 2 días por semana pero no a diario A diario Todo el día
9. Durante las últimas 2 a 4 semanas, ¿con qué frecuencia sufrió su hijo episodios de tos, falta de aliento, sibilancias o se despertó por causa del asma durante la NOCHE? 2 o menos veces por mes 3-4 veces por mes Más de 1 vez por semana pero no todas las noches A menudo 7 veces por semana
10. ¿Cómo calificaría el control del asma de su hijo durante el último mes? Muy mal controlada No muy bien controlada Bien controlada
11. ¿Qué tan cómodo se siente respecto a su capacidad de manejar el asma de su hijo, en una escala del 1 al 10? (Encierre en un círculo)

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------------|
| Incómodo = | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 = | Muy cómodo |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------------|

12. Marque todas las cosas (detonantes) que empeoran el asma de su hijo:

- Infecciones respiratorias Calor/humedad Cambios climáticos Aire frío Aire acondicionado/calefacción Limpiadores fuertes, ambientadores, aerosoles, COV
- Ejercicio/aumento de actividad Irritantes (seleccione todo lo que corresponda Humo de tabaco Humo de la madera Polución del aire Perfumes Incienso)
- Alérgenos (seleccione todo lo que corresponda Alfombras Cucarachas Roedores Animales Polvo Polen Animales de peluche Desorden Alimentos Moho)
- Otros: _____ No sabe Ninguno

13. ¿Cuándo son peores los síntomas del asma? (Marque todo lo que corresponda) Invierno Primavera Verano Otoño

PHYSICIAN SECTION

14. Has the patient received oral steroids for bronchospasm within the past 12 months? Yes No
15. Indicate the patient's asthma severity level: (refer to the [EPR-3 Tables 4-2a, 4-2b, and 4-6.](#))
 Severe Persistent Moderate Persistent Mild Persistent Intermittent
16. Physician assessment of control: What is the patient's current level of control during the past month?* (refer to the [NHLBI EPR-3 control tables - 3-5a, 3-5b, 3-5c, 4-3a, 4-3b, 4-7.](#)) Well controlled Not well controlled Very poorly controlled
17. Have you used the age-appropriate NHLBI EPR-3 stepwise table to identify treatment options or to adjust therapy based on asthma control? (refer to the [Stepwise Tables 4-1a, 4-1b, 4-5.](#)) Yes No
- 18a. Is the patient on a controller medication? Yes No Medication name: _____
- 18b. If Yes, does the patient/parent report using controller medications daily? Yes No Started this visit
- 19a. Does the patient have a written asthma action plan? Yes No
- 19b. If yes, was the plan updated as needed and reviewed with the patient and/or family at this visit? Yes No
20. For patients age 5 years and older, has the patient had spirometry in the past 1-2 years? (Refer to [Box 3-2.](#))
 Yes: date ____/____/____ No N/A -Younger than 5 years
21. Were asthma patient/family educational materials (other than the asthma action plan) provided and explained at this visit? Yes No
 Medication education Environmental triggers Smoking cessation Flu shot info Allergy testing Use of a spacer Other: _____
- 22a. September-March (active flu season): Was a flu shot received? Yes date ____/____/____ No (see below)
If no, reason Patient younger than 6 months Other contraindications Vaccine unavailable Other, please specify: _____
- 22b. April-August (not flu season): Was a flu shot recommendation made for upcoming flu season? Yes No (see below)
If no, reason Patient younger than 6 months Other contraindications
23. Has the patient been seen by an allergist or pulmonologist during the last 12 months for assistance with asthma management due to severity of illness? (refer to [specialist referral criteria.](#)) Specialist: _____ Yes No Referred this visit
24. Asthma Follow-up Visit: Return in: _____ weeks, or _____ months