

# Controlá tu **ASMA**

Apoyan:



Sociedad Uruguaya  
de Neumología





## Datos Personales:

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Institución Asistencial: \_\_\_\_\_

Teléfono o mail de contacto: \_\_\_\_\_

# Prueba de Control del Asma (ACT™)

La siguiente prueba puede ayudar a las personas que tienen asma (a partir de 12 años de edad) a evaluar el control de su asma.

Por favor, haga un círculo alrededor del puntaje adecuado para cada pregunta. Hay cinco preguntas en total.

Usted puede calcular su puntaje total en la Prueba de Control del Asma sumando los números de cada una de sus respuestas.

No olvide siempre revisar los resultados con su médico.

**Los resultados son los siguientes:**



## Puntaje: 25 - ¡Felicitaciones!

Usted ha tenido un **CONTROL TOTAL** sobre su asma durante las últimas 4 semanas. No ha tenido limitaciones ni síntomas relacionados con el asma. Si se producen cambios, consulte a su médico.

## Puntaje: 20 a 24 - Cerca del objetivo

Su asma puede haber estado **BIEN CONTROLADA**, pero no **TOTALMENTE CONTROLADA** durante las últimas 4 semanas. Su médico puede ayudarle a conseguir un **CONTROL TOTAL**.

## Puntaje: menos de 20 - Lejos del objetivo

Su asma puede **NO HABER ESTADO CONTROLADA** durante las últimas 4 semanas. Su médico puede recomendarle un plan de acción para ayudarle a mejorar el control de su asma.

Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

- Paso 1: Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.
- Paso 2: Sume su puntaje para obtener el total.
- Paso 3: Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.

## Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

## Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

## Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

## Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

## Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

**Paso 1:** Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.

**Paso 2:** Sume su puntaje para obtener el total.

**Paso 3:** Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.

Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

- Paso 1: Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.
- Paso 2: Sume su puntaje para obtener el total.
- Paso 3: Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.

## Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		
					PUNTAJE

## Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		
					PUNTAJE

## Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		
					PUNTAJE

## Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		
					PUNTAJE

## Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		
					PUNTAJE
MES			TOTAL		

**Paso 1:** Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.

**Paso 2:** Sume su puntaje para obtener el total.

**Paso 3:** Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.



Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

- Paso 1: Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.
- Paso 2: Sume su puntaje para obtener el total.
- Paso 3: Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.

Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

- Paso 1: Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.
- Paso 2: Sume su puntaje para obtener el total.
- Paso 3: Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.

Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

- Paso 1: Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.
- Paso 2: Sume su puntaje para obtener el total.
- Paso 3: Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.

### Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

### Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

### Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

### Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

### Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

- Paso 1:** Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.
- Paso 2:** Sume su puntaje para obtener el total.
- Paso 3:** Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.

Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

- Paso 1: Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.
- Paso 2: Sume su puntaje para obtener el total.
- Paso 3: Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.

Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

- Paso 1: Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.
- Paso 2: Sume su puntaje para obtener el total.
- Paso 3: Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.

Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

- Paso 1: Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.
- Paso 2: Sume su puntaje para obtener el total.
- Paso 3: Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.

Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió completar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	1	Casi Siempre	2	Algunas Veces	3
Pocas Veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Más de una vez por día	1	Una vez por día	2	De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) le despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3
Una o dos veces	4	Nunca	5		PUNTAJE

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones (por ejemplo, clenbuterol, fenoterol o salbutamol)?

3 o más veces por día	1	1 o 2 veces por día	2	2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4	Nunca	5		PUNTAJE

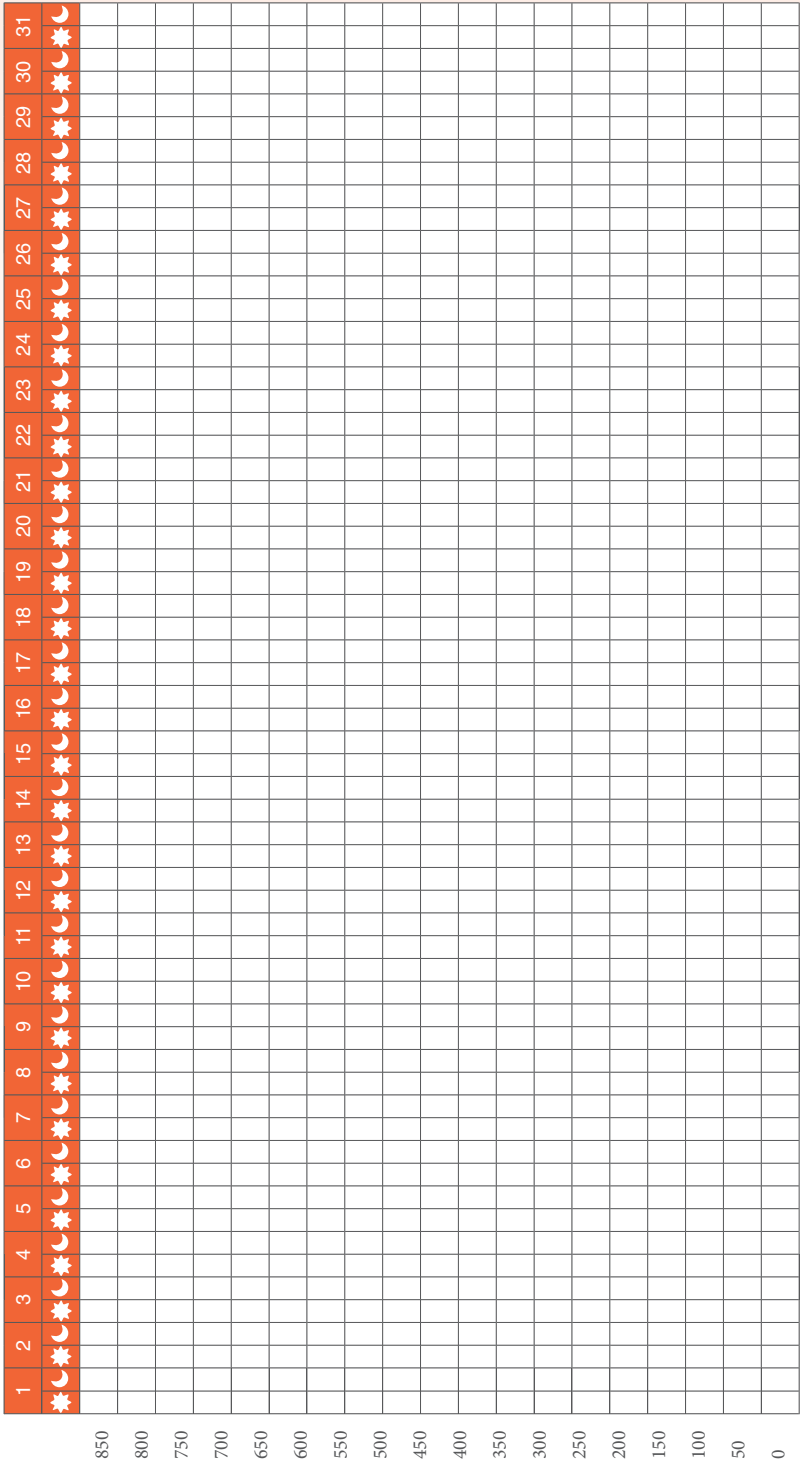
Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3
Bien controlada	4	Totalmente controlada	5		PUNTAJE
MES				TOTAL	

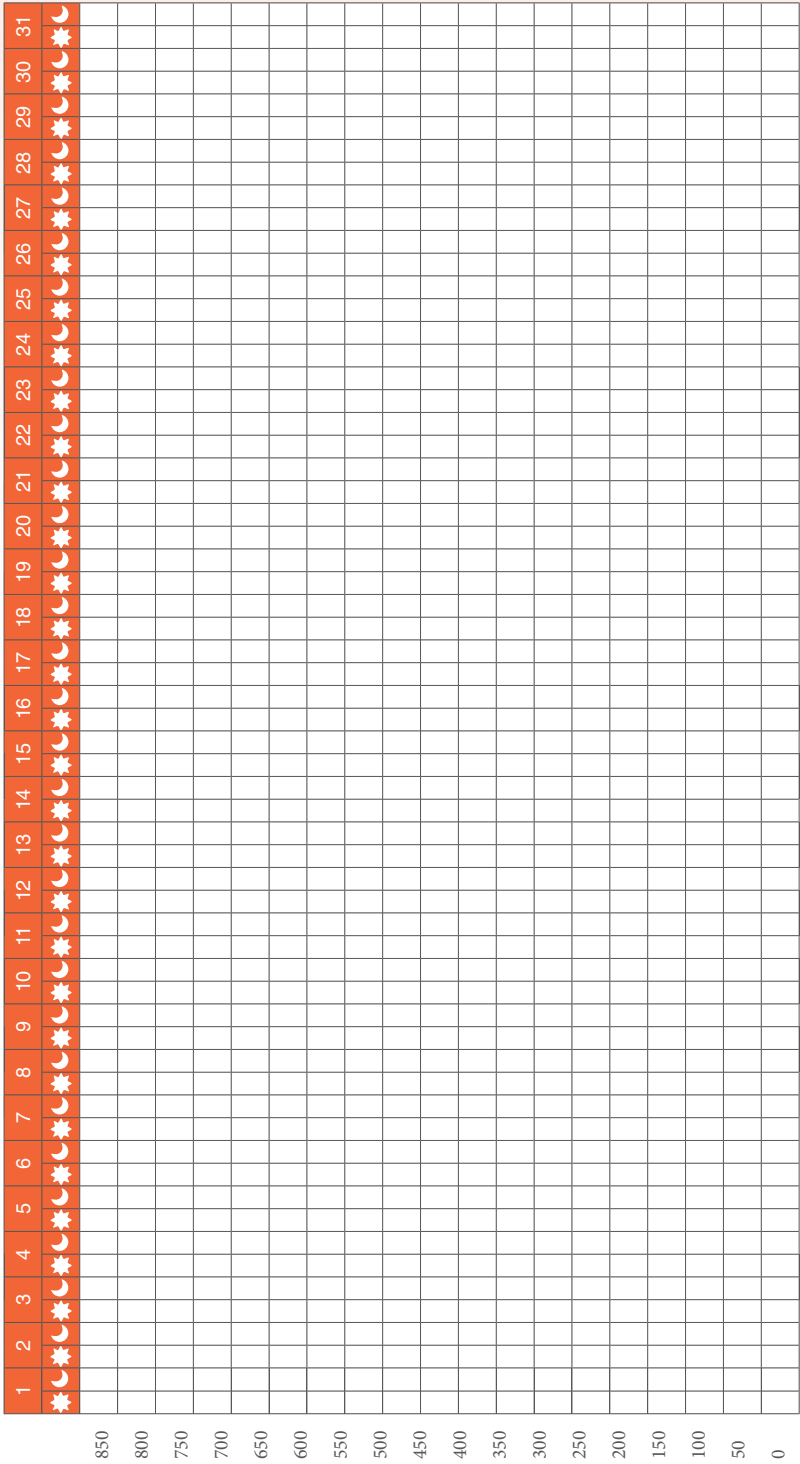
- Paso 1: Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra exactamente su asma.
- Paso 2: Sume su puntaje para obtener el total.
- Paso 3: Conozca el significado de su puntaje. No olvide consultar con su médico.





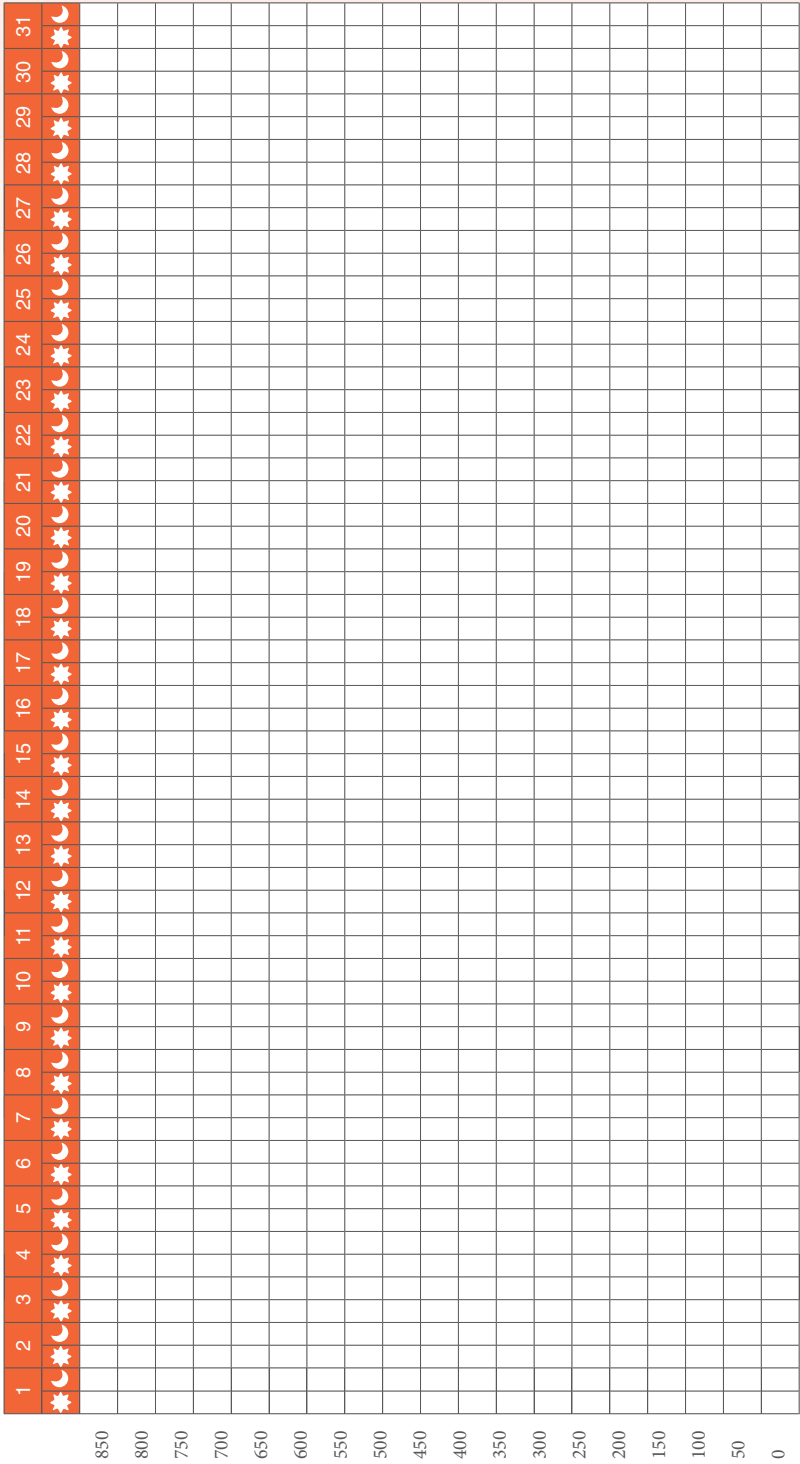
MES

Marque con una “X” el valor mañana/noche en cada día del mes registrado en su pico de flujo.



MES

Marque con una "X" el valor mañana/noche en cada día del mes registrado en su pico de flujo.



MES

Marque con una "X" el valor mañana/noche en cada día del mes registrado en su pico de flujo.

Marque con una “X” si tuvo alguno de los eventos descritos abajo.

Mes:					
Día	Tos	Sibidos en pecho	Falta de aire	Despertar Nocturno	Medicación de rescate
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Mes:					
Día	Tos	Sibidos en pecho	Falta de aire	Despertar Nocturno	Medicación de rescate
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Marque con una “X” si tuvo alguno de los eventos descritos abajo.

Mes:					
Día	Tos	Sibilidos en pecho	Falta de aire	Despertar Nocturno	Medicación de rescate
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Mes:					
Día	Tos	Sibilidos en pecho	Falta de aire	Despertar Nocturno	Medicación de rescate
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Marque con una “X” si tuvo alguno de los eventos descritos abajo.

Mes:					
Día	Tos	Sibilidos en pecho	Falta de aire	Despertar Nocturno	Medicación de rescate
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Mes:					
Día	Tos	Sibilidos en pecho	Falta de aire	Despertar Nocturno	Medicación de rescate
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Marque con una “X” si tuvo alguno de los eventos descritos abajo.

Mes:					
Día	Tos	Sibidos en pecho	Falta de aire	Despertar Nocturno	Medicación de rescate
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Mes:					
Día	Tos	Sibidos en pecho	Falta de aire	Despertar Nocturno	Medicación de rescate
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Marque con una “X” si tuvo alguno de los eventos descritos abajo.

Mes:					
Día	Tos	Sibilidos en pecho	Falta de aire	Despertar Nocturno	Medicación de rescate
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Mes:					
Día	Tos	Sibilidos en pecho	Falta de aire	Despertar Nocturno	Medicación de rescate
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					



## This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.





Apoyan:



Sociedad Uruguaya  
de Neumología



AR/AST/0007/18/B/120718

**CONSULTE A SU MÉDICO**

Contribución de GlaxoSmithKline Uruguay SA  
a la salud de los pacientes.

