

IDNUM: N _____
 FECHA: ___/___/_____

COMPLETADO POR:
 MADRE PADRE OTRO: _____

(Cuando se pregunta por el último año, se refiere a los últimos 12 meses)

ASMA Y ALERGIAS

AS.-Asma /sibilancias

1	¿Ha tenido su hijo/a pitos o silbidos en el pecho en el último año ? 0.No <i>(pasar a pregunta 5a)</i> 1. Sí 9. No sabe
2	¿Cuántos episodios de pitos ha tenido su hijo/a en el último año ? 1. De 1 a 3 2. De 4 a 12 3. Más de 12
3	En el último año , ¿con qué frecuencia, en promedio, ha sido el sueño de su hijo/a interrumpido debido a los pitos? 0. Nunca se ha despertado con pitos 1. Menos de una noche por semana 2. Una o más noches por semana
4	En el último año , ¿Han sido alguna vez los pitos suficientemente graves como para limitar el habla de su hijo/a a sólo una o dos palabras entre respiraciones? 0.No 1. Sí 9. No sabe
5a	¿Ha sido su hijo/a <u>alguna vez</u> diagnosticado por un doctor de padecer asma? 0.No <i>(pasar a pregunta 6)</i> 1. Sí 9. No sabe
5b	En caso afirmativo, ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se le diagnosticó de asma?
6	¿Ha tomado su hijo/a alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (pitos, opresión en el pecho, falta de aliento) en el último año ? 0.No 1. Sí 9. No sabe

RA.-Rinitis alérgica

1a	En el último año , ¿ha tenido su hijo/a alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa SIN estar resfriado/a ni con gripe? 0.No <i>(pasar a pregunta 2)</i> 1. Sí 9. No sabe
-----------	--

1b	<p>En caso afirmativo, por favor especifique los síntomas que ha tenido su hijo/a en el último año cuando NO ha estado resfriado/a o con gripe (puede escoger varias respuestas). Por favor marque las que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. estornudos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. nariz mucosa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. nariz bloqueada</p>												
1c	<p>En caso afirmativo, ¿ha sido acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?</p> <p>0.No</p> <p>1. Sí</p> <p>9. No sabe</p>												
1d	<p>¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió este problema de nariz? (Puede escoger varias respuestas). Por favor, marque todos los meses que correspondan:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enero</td> <td><input type="checkbox"/> Julio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Febrero</td> <td><input type="checkbox"/> Agosto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marzo</td> <td><input type="checkbox"/> Septiembre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abril</td> <td><input type="checkbox"/> Octubre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mayo</td> <td><input type="checkbox"/> Noviembre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Junio</td> <td><input type="checkbox"/> Diciembre</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Enero	<input type="checkbox"/> Julio	<input type="checkbox"/> Febrero	<input type="checkbox"/> Agosto	<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Septiembre	<input type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Octubre	<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> Noviembre	<input type="checkbox"/> Junio	<input type="checkbox"/> Diciembre
<input type="checkbox"/> Enero	<input type="checkbox"/> Julio												
<input type="checkbox"/> Febrero	<input type="checkbox"/> Agosto												
<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Septiembre												
<input type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Octubre												
<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> Noviembre												
<input type="checkbox"/> Junio	<input type="checkbox"/> Diciembre												
2	<p>En el último año, ¿Ha tenido su hijo/a problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado/a) relacionados con el contacto con alguna de las siguientes sustancias? (<i>Puede escoger varias respuestas</i>).</p> <p><input type="checkbox"/> a. El hijo/a no ha tenido problemas con su nariz o sus ojos</p> <p><input type="checkbox"/> b. Animales</p> <p><input type="checkbox"/> c. Hierba, , flores</p> <p><input type="checkbox"/> d. Polvo de casa/ácaros</p> <p><input type="checkbox"/> e. Humo de tabaco o aromas fuertes</p> <p><input type="checkbox"/> f. Contaminantes del aire</p> <p><input type="checkbox"/> g. Otro, por favor especifique _____</p>												
3	<p>¿Ha tomado su hijo/a medicamentos para la alergia nasal/ alergia al polen/ rinitis alérgica en el último año?</p> <p>0.No</p> <p>1. Sí</p> <p>9. No sabe</p>												

EC.-Eccema

3	¿Ha sido su hijo/a diagnosticado/a alguna vez por un médico de eczema o dermatitis atópica o neurodermatitis? 0.No 1. Sí 9. No sabe
----------	--

IC.- Infecciones comunes

1	Ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes infecciones en los últimos 12 meses: <u>Por favor marque todas las infecciones que correspondan</u>
1.1	Resfriado común 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.1.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____
1.2	Gripe 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.2.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____
1.3	Neumonía/bronquitis 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.3.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____
1.4	Otitis media: 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.4.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____
1.5	Gastroenteritis con vómito o diarrea 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.5.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____
1.6	Infección del tracto urinario 0.No 1. Sí 9. No sabe 1.6.1. En caso afirmativo, cuantas veces en el último año: _____