

# Cuestionario de Historia Ambiental para el Paciente con Asma Pediátrica

Especifique que preguntas relacionadas al hogar del niño también se aplican a otros ambientes interiores donde el niño pasa el tiempo, incluyendo escuela, guardería, coche, bus escolar, trabajo e instalaciones recreativas.

	Seguimiento/Notas
¿Empeora el asma de su hijo(a) en la noche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Empeora el asma de su hijo(a) en un lugar específico? Si es así, ¿dónde? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Empeora el asma de su hijo(a) durante una estación en particular? Si es así, ¿cuál es? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Empeora el asma de su hijo(a) con un cambio particular de clima? Si es así, ¿qué cambio? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Puede identificar algún(os) desencadenante(s) específico(s) de asma en su hijo(a)? Si es así, ¿qué desencadenante(s)? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Ha notado si la exposición al polvo empeora el asma de su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Duerme su hijo(a) con muñecos de peluche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Tiene el dormitorio de su hijo(a) alfombra de pared a pared?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Ha tomado algunas medidas para el control de ácaros de polvo? Si es así, ¿cuáles? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Tiene algunas mascotas peludas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Ha visto huellas de ratones o ratas en su hogar, semanalmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Ve cucarachas todos los días en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Fuma algún miembro de la familia, amigo, o persona que cuida a su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Está(n) esta(s) persona(s) dispuesta(s) a dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Fuma su hijo(a)/adolescente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Hay olor a moho o "mildeu" (hongos) in su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Hay alguna evidencia de daño por agua en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Utiliza usted un humidificador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Ha colocado alfombras nuevas, pintura, barniz de pisos, u otro cambio en la casa durante el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Tiene su hijo(a), o algún otro miembro de la familia, un pasatiempo que utiliza materiales que son tóxicos o emiten gases tóxicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Ha hecho la contaminación del aire de fuera empeorar el asma de su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Restringe las actividades de su hijo(a) fuera durante la Alerta Naranja o Alerta Roja de Calidad de Aire, o la alerta cuando hay ozono o partículas contaminantes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Utiliza usted una estufa o chimenea a leña en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Utiliza usted aparatos como chimeneas o estufas a gas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
¿Está su hijo(a) en contacto con irritantes (e.g. perfumes, productos de limpieza o aspersores)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro

¿Qué otras cosas acerca del asma de su hijo(a) le preocupan, que no fueron mencionadas?