**Estudio de la Casa Ecológica**



**Cuestionario de Seguimiento para 6 y 12 meses**

**(Niños de 7-12 años con asma)**

*El tiempo que toma completar este cuestionario se estima en unos 10 minutos, esto incluye el tiempo que toma revisar las instrucciones, investigar las fuentes de la información, recoger y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de la información. Las agencias no pueden realizar o patrocinar la recolección de información, y las personas no están obligadas a proporcionar información, a menos que el formulario tenga un número de control OMB válido, no vencido. Envíe comentarios acerca del tiempo estimado para completar este cuestionario o acerca de cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-XXXX)*

Iniciales del Entrevistador \_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Momento en que se realiza el seguimiento (Marque una con un círculo):

1. Seguimiento a los 6 meses (post-remediación)
2. Seguimiento a los 12 meses (post-remediación)

2. ¿Va [Nombre del niño/a] a algún lugar donde lo cuiden? Sí No

*Si la respuesta es Sí, por favor especifique*

1. Una guardería
2. Cuidan al niño o niña en una casa de familia
3. Ambos sitios

**Acceso a Cuidados Médicos y de Salud**

3. ¿Está [Nombre del niño/a] actualmente cubierto por algún tipo de seguro médico o algún otro plan de salud? Sí No No Sabe

*Si la respuesta es* ***SÍ****, pregunte:*

3.1 ¿Cuál de los siguientes tipos de seguro médico cubre a su niño/niña?

(*Por favor marque una con un círculo)*

1. Seguro del trabajo, unión o sindicato, bien sea a través de su empleador o del empleador de algún pariente
2. Medicaid u otro plan del gobierno para aquellos con bajos ingresos o incapacitados
3. TRICARE, VA, u otro seguro médico militar
4. Indian Health Service (Servicio de Salud para los Indígenas)
5. Medicare, para personas con ciertas discapacidades
6. Cualquier otro tipo de seguro médico o plan de salud
7. No sabe

4.¿Tiene usted alguien a quien considera su doctor personal o proveedor de cuidados médicos?

*Si la respuesta es* ***NO,*** *intente preguntando: “¿No tiene alguien que usted considere como su doctor personal o proveedor de cuidados médicos, o tiene más de uno?”*

1. Sí, solamente uno

2. Más de uno

3. No

4. No sabe

**Antecedentes del Asma**

5. Durante los últimos 3 meses, ¿ha tenido [Nombre del niño/niña] algún episodio de asma o un ataque de asma? Sí No No sabe

Si la respuesta es **NO**, entonces pase a la pregunta 14, *“Calendario regular de medicinas”*

Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuántos episodios o ataques de asma?

5.1 \_\_\_\_\_\_ Número de veces

6. Durante los últimos 3 meses, ¿llevaron a [Nombre del niño/niña] a la sala de emergencias o a un centro de cuidados urgentes a causa del asma? Sí No

Si la respuesta es **NO**, pase a la pregunta #8

Si la respuesta es **SÍ**, ¿dónde llevaron a [Nombre del niño/niña]?

* 1. A la sala de emergencias Sí No \_\_\_\_ Número de visitas
  2. A un centro de urgencias Sí No \_\_\_\_ Número de visitas
  3. Al consultorio del doctor urgentemente Sí No \_\_\_\_ Número de visitas

Si el niño o niña fue llevado a la sala de emergencias *(6.1 es una o más visitas), pregunte:*

6.4 ¿Llevaron a [Nombre del niño/niña] en una ambulancia? Sí No

*Si la respuesta es* ***SÍ****, ¿cuántas veces?*

6.4.1 \_\_\_\_ Número de veces

7. Durante los últimos 3 meses, ¿ha pasado [Nombre del niño/niña] toda la noche en el hospital a causa del asma? (Esto no incluye pasar la noche en la sala de emergencias). Sí No

*Si la respuesta es* ***SÍ****, ¿en cuántas ocasiones separadas fue [Nombre del niño/niña] hospitalizado/a?*

7.1 \_\_\_\_ Número de veces

*(Si # de visitas es igual a 1, entonces el mínimo = al máximo)*

7.2 \_\_\_\_ Número mínimo de días en el hospital

7.3 \_\_\_\_ Número máximo de días en el hospital

7.4 \_\_\_\_ Número total de días en el hospital

8. Durante los últimos 3 meses, ¿hubo días en que [Nombre del niño/niña] no pudo ir a la escuela a causa del asma? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, pregunte: ¿Cuántos días de escuela perdió [Nombre del niño/niña]?

8.1.\_\_\_\_\_ Número de días que [Nombre del niño/niña] perdió de escuela

**[incluya solamente días de escuela perdidos en los que la escuela estaba funcionando]**

8.2. ¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuántas veces?

8.2.1. \_\_\_\_\_ Número de días que [Nombre del niño/niña] perdió de escuela

**[incluya solamente días de escuela perdidos en los que la escuela estaba funcionando]**

9. Durante los últimos 3 meses, ¿hubo días en que **USTED** no pudo ir a trabajar o realizar sus actividades habituales a causa del asma de [Nombre del niño/niña]? Sí No

*Si la respuesta es* ***SÍ****, pregunte:*

9.1 \_\_\_\_\_ Número total de días *(puede dar un número aproximado)*

9.1.1 \_\_\_\_\_ De todos estos días, ¿cuántos días de trabajo perdió?

9.2 ¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, pregunte:

9.2.1\_\_\_\_\_ Número de días de trabajo que usted perdió *(si hubo)*

9.2.2\_\_\_\_\_ Número de días que dejó de realizar otras actividades

10. En los últimos 3 meses, ¿despertó [Nombre del niño/niña] en la noche a causa del asma?

Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, pregunte

10.1 \_\_\_\_\_\_ Número de noches *(puede dar un número aproximado)*

10.2 ¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, pregunte

10.2.1 \_\_\_\_\_\_ Número de noches

11. Durante los últimos 3 meses, ¿tomó medicinas [Nombre del niño/niña] cuando le dio el episodio o ataque de asma? Sí No No sabe

Si la respuesta es **SÍ**, pregunte lo siguiente:

11.1 Por favor dígame cuáles medicinas

*(****Entrevistador****: marque las respuestas en la columna “Emergencia” al lado de cada medicina en la lista de medicinas que está en las dos últimas páginas de este cuestionario)*

11.2 *¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas*? Sí No No sabe

12. Durante los últimos 3 meses, ¿tomó [Nombre del niño/niña] alguna medicina recetada para el asma mediante un inhalador? Sí No No sabe

Si la respuesta es **SÍ**, pregunte todo lo siguiente:

12.1 ¿Por cuánto tiempo las tomó [Nombre del niño/niña]?

1. ≤ 1 mes

2. 2 meses

3. 3 meses

12.2 Por favor dígame cuáles medicinas

*(****Entrevistador:*** *marque las respuestas en la columna “Inhalador” al lado de cada medicina en la lista de medicinas que está en las dos últimas páginas de este cuestionario)*

12.3 Por favor dígame cuántas latas del inhalador usó en los últimos 3 meses

*(****Entrevistador:*** *marque las respuestas al lado de cada medicina en la lista de medicinas que está en las dos últimas páginas de este cuestionario)*

12.4 ¿Tomó [Nombre del niño/niña] medicinas por inhalador recetadas para el asma en las últimas dos semanas? Sí No No sabe

13. Durante los últimos 3 meses, ¿ha tomado [Nombre del niño/niña] alguna medicina recetada para el asma en pastillas o jarabe? Sí No No sabe

Si la respuesta es **SÍ**, pregunte lo siguiente:

* 1. Por favor dígame cuáles medicinas

*(****Entrevistador:*** *marque las respuestas en la columna “Pastilla/Jarabe” al lado de cada medicina en la lista de medicinas que está en las dos últimas páginas de este cuestionario)*

13.2. ¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí No No sabe

14. Durante los últimos 3 meses ¿tomó [Nombre del niño/niña] medicinas para el asma diariamente en un horario regular? Sí No No sabe

Si la respuesta es **Sí**, pregunte lo siguiente:

* 1. ¿Qué medicina fue?

*(****Entrevistador:*** *marque las respuestas en la columna “Horario Regular” al lado de cada medicina en la lista de medicinas que está en las dos últimas páginas de este cuestionario)*

14.2 ¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí No No sabe

15. Durante los últimos 3 meses, ¿tuvo [Nombre del niño/niña] alguno de las siguientes padecimientos?

*(Si responde* ***SÍ*** *a cualquiera de las preguntas, escriba el número de episodios)*

Número

1. Gripe (influenza) o catarro Sí No No sabe \_\_\_\_\_\_

(Definido como al menos 3 de los siguientes por más de 24 horas: fiebre, nariz aguada/tapada, tos, ardor en la garganta, dolores en el cuerpo o cansancio,)

*(Si la respuesta es* ***SÍ****, entonces pregunte)*

15.1.1 ¿Durante estos episodios de enfermedad, le empeoró el asma a [Nombre del niño/niña]? Sí No No sabe

15.1.2 ¿Recibió [Nombre del niño/niña] Tamiflu® u oseltamivir, o una medicina inhalada llamada Relenza® o zanamivir para el tratamiento de esta enfermedad?

Sí No No sabe

15.1.3 ¿Le recetaron antibióticos a [Nombre del niño/niña]? Sí No No sabe

1. Pulmonía/neumonía Sí No No sabe \_\_\_\_\_\_
2. Bronquitis Sí No No sabe \_\_\_\_\_\_

*Indique la frecuencia marcando con un círculo una de las alternativas*

1. Estornudos, nariz aguada/tapada

*(****no durante un catarro****)*  Nunca 1 o 2 veces 1 vez/me Semanal Diariamente

1. Silbido en el pecho Nunca 1 o 2 veces 1 vez/mes Semanal Diariamente
2. Tos *(****no durante un catarro****)* Nunca 1 o 2 veces 1 vez/mes Semanal Diariamente
3. Dificultad para respirar Nunca 1 o 2 veces 1 vez/mes Semanal Diariamente

16. ¿Recibió [Nombre del niño/niña] la vacuna de la influenza (“flu”) durante el último año?

Sí No No sabe

| Emergencia/de rescate | Inhalador/nebulizador | Pastilla/Jarabe | Horario Regular (uso diario) | # latas usadas en últimos 3 meses | Confirmación Visual |  | Emergencia/de rescate | Inhalador/nebulizador | Pastilla/Jarabe | Horario Regular (uso diario) | # latas usadas en últimos 3 meses | Confirmación Visual |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | Accolate |  |  |  |  |  |  | Nedocromil |
|  |  |  |  |  |  | Acetaminophen |  |  |  |  |  |  | Pediapred |
|  |  |  |  |  |  | Advair |  |  |  |  |  |  | Prednisolone |
|  |  |  |  |  |  | Advil |  |  |  |  |  |  | Prednisone |
|  |  |  |  |  |  | Aerobid |  |  |  |  |  |  | Proventil |
|  |  |  |  |  |  | Aerolate |  |  |  |  |  |  | Pirbuterol |
|  |  |  |  |  |  | Aerospan HFA |  |  |  |  |  |  | Primatene Mist |
|  |  |  |  |  |  | Albuterol |  |  |  |  |  |  | Pro-Air HFA |
|  |  |  |  |  |  | Allegra |  |  |  |  |  |  | Proventil |
|  |  |  |  |  |  | Alupent |  |  |  |  |  |  | Pulmicort Turbuhaler |
|  |  |  |  |  |  | Asmanex |  |  |  |  |  |  | QVAR |
|  |  |  |  |  |  | Atrovent |  |  |  |  |  |  | Respid |
|  |  |  |  |  |  | Azmacort |  |  |  |  |  |  | Robitussin |
|  |  |  |  |  |  | Beclomethasone dipropionate |  |  |  |  |  |  | Salbutamol |
|  |  |  |  |  |  | Beclovent |  |  |  |  |  |  | Salmeterol |
|  |  |  |  |  |  | Bitolterol |  |  |  |  |  |  | Serevent |
|  |  |  |  |  |  | Brethaire |  |  |  |  |  |  | Singulair |
|  |  |  |  |  |  | Brethine |  |  |  |  |  |  | Slo-phyllin |
|  |  |  |  |  |  | Budesonide |  |  |  |  |  |  | Symbicort |
|  |  |  |  |  |  | Choledyl |  |  |  |  |  |  | Terbutaline |
|  |  |  |  |  |  | Claritin |  |  |  |  |  |  | Theo-24 |
|  |  |  |  |  |  | Combivent |  |  |  |  |  |  | Theochron |
|  |  |  |  |  |  | Cromolyn |  |  |  |  |  |  | Theoclear |
|  |  |  |  |  |  | Deltasone |  |  |  |  |  |  | Theo-Dur |
|  |  |  |  |  |  | Elixophyllin |  |  |  |  |  |  | Theophylline |
|  |  |  |  |  |  | Flovent |  |  |  |  |  |  | Theospan |
|  |  |  |  |  |  | Flovent Rotadisk |  |  |  |  |  |  | Tilade |
|  |  |  |  |  |  | Flunisolide |  |  |  |  |  |  | Tornalate |
|  |  |  |  |  |  | Fluticasone |  |  |  |  |  |  | T-Phyl |
|  |  |  |  |  |  | Foradil |  |  |  |  |  |  | Triamcinolone acetonide |
|  |  |  |  |  |  | Formoterol |  |  |  |  |  |  | Tylenol |
|  |  |  |  |  |  | Ibuprophen |  |  |  |  |  |  | Uniphyl |
|  |  |  |  |  |  | Intal |  |  |  |  |  |  | Vanceril |
|  |  |  |  |  |  | Ipratropium Bromide |  |  |  |  |  |  | Ventolin |
|  |  |  |  |  |  | Levalbuterol tartate |  |  |  |  |  |  | Volomax |
|  |  |  |  |  |  | Loratidine |  |  |  |  |  |  | Xolair |
|  |  |  |  |  |  | Maxair |  |  |  |  |  |  | Xopenex HFA |
|  |  |  |  |  |  | Medrol |  |  |  |  |  |  | Zafirlukast |
|  |  |  |  |  |  | Metaprel |  |  |  |  |  |  | Zileuton |
|  |  |  |  |  |  | Metaproteronol |  |  |  |  |  |  | Zyflo Filmtab |
|  |  |  |  |  |  | Methylpredinisolone |  |  |  |  |  |  | Zyrtec |
|  |  |  |  |  |  | Montelukast |  |  |  |  |  |  | Other: |
|  |  |  |  |  |  | Mometasonefuroate |  |  |  |  |  |  | Other: |
|  |  |  |  |  |  | Mucinex |  |  |  |  |  |  | Other: |