

Text messages (Child 7-12 with asthma)

Child's ID# _____

House ID# _____

Estudio de la casa Ecológica



Mensajes de texto (Niños de 7-12 con asma)

1. Durante el último mes ¿ha tenido [Nombre del niño/a] al menos 3 de los siguientes síntomas por más de 24 horas: fiebre, nariz tapada/aguada, tos, dolor de garganta, Dolores en el cuerpo o cansancio?

Sí No No sabe

2. Durante el últimos mes ¿ha tenido [Nombre del niño/a] algún episodio o ataque de asma?

Sí No No sabe

3. Durante el últimos mes ¿fue [Nombre del niño/a] a la sala de emergencias o a una consulta médica urgente a causa de un ataque de asma?

Sí No No sabe

El tiempo que toma completar este cuestionario se estima en un 1 minuto, 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).