

Child's ID# \_\_\_\_\_

Household ID# \_\_\_\_\_

## Estudio de la Vivienda Ecológica



### Cuestionario Inicial (Niños de 7-12 años con asma)

*El tiempo que toma completar este cuestionario se estima en unos 15 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: \_\_\_\_\_

---

---

## Información Demográfica

1. ¿Es [Nombre del niño/la niña] hispano/a o latino/a? Sí  No

2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes usted diría es la raza de [Nombre del niño o niña]?  
(Marque todas las que califiquen)

- 2.1 Blanca
- 2.2 Negra o afroamericana
- 2.3 Asiática
- 2.4 Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
- 2.5 Indígena americana o nativa de Alaska

3. ¿Va [Nombre del niño o niña] a un sitio 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. Ambas

## Acceso a Cuidados Médicos y de Salud

4. ¿Está [Nombre del niño o niña] actualmente cubierto/a por algún tipo de seguro médico o algún otro plan de salud?

Sí  No  No sabe

Si la respuesta es **SÍ**, pregunte:

4.1 ¿Cuál de los siguientes tipos de seguro médico cubre a su niño/niña?  
(Por favor maque 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

5. ¿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

6. Desde que nació [Nombre del niño o niña], ¿le ha dicho alguna vez un doctor o profesional de la salud que él/ella tiene alergias? Sí    No    No sabe

7. ¿Tiene [Nombre del niño/niña] alergias a algún tipo de comida? Sí    No    No sabe

8. ¿Qué edad tenía [Nombre del niño/niña] cuando un doctor, enfermera, o un profesional de la salud le dijo por primera vez que él/ella tenía asma?

\_\_\_\_\_ años (escriba "0" si es menos de 1 año)

9. 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
9.1 Gripe (influenza) o catarro	Sí	No	No sabe	_____	
<small>(Definido como al menos 3 de los siguientes por más de 24 horas: fiebre, nariz aguada/tapada, tos, dolor de garganta, dolores en el cuerpo o cansancio)</small>					

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

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

9.1.2 ¿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

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

9.2 Pulmonía/neumonía	Sí	No	No sabe	_____
-----------------------	----	----	---------	-------

9.3 Bronquitis	Sí	No	No sabe	_____
----------------	----	----	---------	-------

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

9.4	Estornudos, nariz aguada/tapada <b><i>(no durante un catarro)</i></b>	Nunca	1 o 2 veces	1 vez/mes	Semanal	Diariamente
9.5	Silbido en el pecho	Nunca	1 o 2 veces	1 vez/mes	Semanal	Diariamente
9.6	Tos <b><i>(no durante un catarro)</i></b>	Nunca	1 o 2 veces	1 vez/mes	Semanal	Diariamente
9.7	Dificultad para respirar	Nunca	1 o 2 veces	1 vez/mes	Semanal	Diariamente

10. 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 19, "Calendario regular de medicinas"  
Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuántos episodios o ataques de asma?

10.1 \_\_\_\_\_ Número de veces

11. 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 #13

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

11.1	A la sala de emergencias	Sí	No	_____	Número de visitas
11.2	A un centro de urgencias	Sí	No	_____	Número de visitas
11.3	Al consultorio del doctor urgentemente	Sí	No	_____	Número de visitas

Si el niño/a fue llevado/a a la sala de emergencias (11.1 es una o más visitas), pregunte:

11.4 ¿Llevaron a [Nombre del niño/niña] en una ambulancia? Sí No  
Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuántas veces?

11.4.1 \_\_\_\_\_ Número de veces

12. Durante los últimos 3 meses, ¿ha pasado [Nombre del niño/niña] toda la noche en el hospital a causa del asma? (En otras palabras, si fue hospitalizado/a. 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?

12.1 \_\_\_\_\_ Número de veces

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

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

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

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

13. 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]?

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

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

13.2 ¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí  No   
Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuántas veces?

13.2.1 \_\_\_\_\_ Número de días que [Nombre del niño/niña] perdió de escuela  
**[incluya solamente días de escuela perdidos en los que la escuela estaba funcionando]**

14. 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:

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

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

14.2 ¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí  No   
Si la respuesta es **SÍ**, pregunte:

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

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

15. 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

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

15.2 ¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí  No   
Si la respuesta es **SÍ**, pregunte

15.2.1 \_\_\_\_\_ Número de noches

16. 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:

16.1 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)**

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

17. 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:

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

1. ≤ 1 mes
2. 2 meses
3. 3 meses

17.2 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)*

17.3 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)*

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

18. 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:

18.1 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)*

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

19. 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:

19.1 ¿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)*

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

20. ¿Recibió [Nombre del niño/niña] la vacuna del "flu" [influenza] 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

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	
						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
						Methylprednisolone							Zyrtec
						Montelukast							Other:
						Mometasonefuroate							Other:
						Mucinex							Other: