

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

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

## 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):

a) Seguimiento a los 6 meses (post-remediación)

b) 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



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:

R = Rehusó

NA = No se aplica

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:

13.1 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:

14.1 ¿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)*

	Sí	No	No sabe	Número
15.1 Gripe (influenza) o catarro <small>(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.)</small>				_____

*(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

15.2 Pulmonía/neumonía      Sí      No      No sabe      \_\_\_\_\_

15.3 Bronquitis      Sí      No      No sabe      \_\_\_\_\_

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

15.4 Estornudos, nariz aguada/tapada <b>(no durante un catarro)</b>	Nunca	1 o 2 veces	1 vez/me	Semanal	Diariamente
15.5 Silbido en el pecho	Nunca	1 o 2 veces	1 vez/mes	Semanal	Diariamente
15.6 Tos <b>(no durante un catarro)</b>	Nunca	1 o 2 veces	1 vez/mes	Semanal	Diariamente
15.7 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

R = Rehusó

NA = No se aplica

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 Filmstab
						Methylpredinisolone					Zyrtec
						Montelukast					Other:
						Mometasonefuroate					Other:
						Mucinex					Other: