

Nombre del Niño(a) _____

Grado _____ Maestra(o) _____

ENCUESTA SOBRE LA SALUD PULMONAR DE LOS NIÑOS

Estimados padres de familia: Las enfermedades de las vías respiratorias y el asma pueden afectar la asistencia y el aprendizaje escolar. Para poder planear los servicios de salud en nuestras escuelas, les pedimos que tomen unos minutos para contestar las preguntas en esta hoja. Es importante que recibamos una encuesta sobre cada niño(a). Todas sus respuestas se mantendrán con carácter confidencial. Las preguntas han sido preparadas con la ayuda de la Asociación Pulmonar Americana (*American Lung Association*) y el Departamento de Salud Ambiental de la Municipalidad de Albuquerque (*City of Albuquerque Environmental Health Department*).

¡Muchas gracias!

FAVOR DE MARCAR SUS RESPUESTAS

1A. ¿Alguna vez le ha informado algún doctor que su hijo(a) tiene asma?

NO _____ SÍ _____

↓
1B. ¿Su hijo(a) tiene asma ahora?

NO _____ SÍ _____

↓
1C. ¿Toma medicina su hijo(a) para el asma?

NO _____ SÍ _____

↓
2. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido su hijo(a) ataques de respiración sibilante (silbido en el pecho)?

NO _____ SÍ _____

3. Durante los últimos 12 meses, ¿ha oído usted a su hijo con respiración silbante o toser al participar en un juego activo o después de éste?

NO _____ SÍ _____

4. Aparte de algún resfriado, ¿ha padecido su hijo(a) de una tos seca en la noche durante los últimos 12 meses?

NO _____ SÍ _____

5. Durante los últimos 12 meses, ¿ha ido su hijo(a) al doctor, a una sala de emergencia o al hospital debido a la respiración silbante?

NO _____ SÍ _____