

## ENCUESTA DE SALUD PARA ESTUDIANTES

**TU NOMBRE (por favor, escribe legible)**

\_\_\_\_\_ nombre

\_\_\_\_\_ apellido

**TU DIRECCION:** \_\_\_\_\_

Número

Calle

Apartamento

Código Postal: 94\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

O Niña O Niño FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año

Idioma principal hablado en casa: O Inglés O Español

**LLENA EL CÍRCULO DELANTE DE LA RESPUESTA QUE TE DESCRIBE MEJOR.**

**1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido silbido al respirar, o sensación de pecho apretado?**

SÍ  NO

**2. ¿Cuáles de estas situaciones te causa un silbido al respirar, o pecho apretado – o te hace sentirte peor?**

Cuando estoy resfriado  SÍ  NO

Durante o después de hacer ejercicio o jugar fuerte  SÍ  NO

Cuando estoy afuera en el aire frío  SÍ  NO

**3. En el mes pasado, ¿cuántas veces has tenido silbido al respirar, o pecho apretado?**

No he tenido ningunos de estos síntomas en el mes pasado

Menos que 1 día por semana

1, 2, o 3 días por semana

4 o más días por semana, pero no todos los días

Todos los días

**4. En los últimos 12 meses, ¿has tenido un tos o silbido al respirar tan malo que tenías dificultad en decir una frase?**

SÍ  NO si respondas “no”, pase a la pregunta #6)



**5. En el mes pasado, ¿cuántas veces has tenido esta dificultad?**

nunca

1 vez

2 o 3 veces

4 o más veces

Vete al reverso →

6. En los **últimos 12 meses**, ¿has tenido dificultad en dormirte, por causa de *tos, silbido de pecho, dificultad al respirar, o sensación de pecho apretado*?
- No, nunca he tenido esta dificultad en los últimos 12 meses
  - Sí, pero menos que 1 noche por semana
  - Sí, 1, 2, o 3 noches por semana
  - Sí, 4 o más noches por semana, pero no todas las noches
  - Sí, todas las noches
7. En el **mes pasado**, ¿cuántas noches por semana has tenido tu sueño perturbado (incluyendo despertar del sueño) por causa de *silbido de pecho or dificultad al respirar*?
- No he tenido dificultad en dormir bien por estas causas
  - menos que 1 noche por semana
  - 1, 2, o 3 noches por semana
  - 4 o más noches por semana, pero no todas las noches
  - todas las noches
8. En los **últimos 12 meses**, ¿has tenido *tos* por la noche, cuando no estabas con fiebre o resfriado?
- Sí
  - No (si respondas “no”, pase a la pregunta #10)
- ↓
9. ¿Cuántas veces en el **mes pasado** despertaste *tosiendo* por la noche?
- Nunca
  - 1 vez
  - 2 veces o más
10. En los **últimos 12 meses**, ¿has tenido, durante el día, una *tos* que permaneció por 3 o más días, cuando no estabas con fiebre o resfriado?
- Sí
  - No
11. En los **últimos 12 meses**, ¿has ido a un hospital o sala de emergencia o un hospital por causa de *silbido de pecho o dificultad al respirar*?
- Sí
  - No
12. En los **últimos 12 meses**, ¿has tomado medicamentos por *silbido de pecho o dificultad al respirar*, como inhaladores o “puffers”?
- Sí
  - No
13. En los **últimos 12 meses**, ¿has tenido dificultad en participar completamente en la clase de educación física (“gym” o “P.E.”), o en deportes, por causa de *silbido de pecho, falta de aliento, o tos*?
- Sí
  - No
14. ¿Te ha dicho un doctor, o tus padres, alguna vez que tienes asma?
- Sí
  - No
  - No sé

¡Gracias!