

Spanish Survey Items
Face-to-Face

Durante las últimas 4 semanas, ¿CUÁN A MENUDO ha tenido su niño/a alguno de los siguientes síntomas?

1. tos?	Nunca	Muy pocos días	Algunos días	Casi todos los días	Todos los días	No sé
[Read Scale]	1	2	3	4	5	-

2. silbido o pito?	Nunca	Muy pocos días	Algunos días	Casi todos los días	Todos los días	No sé
[Read Scale]	1	2	3	4	5	-

3. falta de aire?	Nunca	Muy pocos días	Algunos días	Casi todos los días	Todos los días	No sé
[Read Scale]	1	2	3	4	5	-

4. ataque de asma?	Nunca	Muy pocos días	Algunos días	Casi todos los días	Todos los días	No sé
[Read Scale]	1	2	3	4	5	-

5. dolor de pecho?	Nunca	Muy pocos días	Algunos días	Casi todos los días	Todos los días	No sé
[Read Scale]	1	2	3	4	5	-

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos ATAQUES DE ASMA ha tenido su niño/a?

de ataques de asma durante las últimas 4 semanas

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo se ha DESPERTADO SU NIÑO/A POR LA NOCHE a causa de los síntomas de asma? [Read Scale]

Nunca	Muy pocos días	Algunos días	Casi todos los días	Todos los días	No sé
1	2	3	4	5	-

8. En general, ¿cómo clasificaría usted LA SEVERIDAD DEL ASMA DE SU NIÑO/A ?

Muy leve	Leve	Moderada	Severa	Muy severa	No sé
1	2	3	4	5	-
[Read Scale]					