

Spanish Survey Items  
Self-administered

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

(Marque con un círculo un número para cada línea)

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

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

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

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

5. dolor de pecho?	Nunca	Muy pocos días	Algunos días	Casi todos los días	Todos los días	No sé
	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	-