



4204 E Stan Schlueter Lp
Killeen, TX 76542
254.690.2800 P
254.690.5401 F

1508 Leander Rd
Georgetown, TX 78628
512.931.2288 P
512.931.2299 F

2000 N Mays Ste 109
Round Rock, TX 78664
512.388.1861 P
512.388.0373 F

103 N Bell Blvd A-2
Cedar Park, TX 78613
512.610.3388 P
512.610.3399 F

6600 S Mopac Ste 2180
Austin, TX 78749
512.892.3336 P
512.892.3338 F

Información del Paciente/ Patient Information

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Last/ Apellido First/Nombre de Pila Middle MM DD YYYY

Dirección: _____
Street/Calle City/Cuidad State/Estado Zip Code/ Código Postal

Sexo: M F Marital Status/Estado Civil: _____ SSN: _____

Teléfono de Casa #: _____ Cell#: _____ Alt #: _____

Empleador de Paciente: _____ Teléfono de Empleador #: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Información del Responsable del Pago / Guarantor Information

Nombre del Responsable: _____ Fecha de Nac: _____
Last/ Apellido First/Nombre de Pila Middle MM DD YYYY

Dirección: _____
Street/Calle City/Cuidad State/Estado Zip Code/ Código Postal

Teléfono #: _____ Relación con el Paciente: _____ SSN: _____

Empleador del responsable del pago: _____ Teléfono de Empleador #: _____

Información de Seguros/ Insurance Information

Compañía de Seguros Principal: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Dirección del Seguro: _____
Street/Calle City/Cuidad State/Estado Zip Code/ Código Postal

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nac: _____
Last/ Apellido First/Nombre de Pila Middle MM DD YYYY

Dirección: _____
Street/Calle City/Cuidad State/Estado Zip Code/ Código Postal

Teléfono #: _____ Relación con el Paciente: _____ SSN: _____

Compañía de Seguros Secundario: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Dirección del Seguro: _____
Street/Calle City/Cuidad State/Estado Zip Code/ Código Postal

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nac: _____
Last/ Apellido First/Nombre de Pila Middle MM DD YYYY

Dirección: _____
Street/Calle City/Cuidad State/Estado Zip Code/ Código Postal

Teléfono #: _____ Relación con el Paciente: _____ SSN: _____

Declaración de Responsabilidad Financiera

Autorización del seguro privado para Asignación de Beneficios: Entiendo que la Clínica de Alergia y Asma del Centro de Texas me va a ayudar en la presentación de mi reclamo a mi compañía de seguros. Por la presente autorizo el pago directamente a la Clínica de Alergia y Asma del Centro de Texas y su médico(s) de beneficios médicos, de otro modo pagadero a mí, por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de mis deducibles del seguro de salud, el coaseguro, los copagos y los servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios no remunerados prestados en mi nombre o mis dependientes, incluidos todos los servicios de pago o cobro necesarios.

Si usted está cubierto por un HMO o su seguro requiere una autorización o referido, la clínica hará todo lo posible para garantizar su autorización sigue siendo actual. En última instancia, es su responsabilidad asegurarse de que su autorización es actual. En el caso de que los servicios han sido prestados y su autorización haya expirado todos los saldos pendientes de pago serán su responsabilidad.

Opciones de pago: El copago o deducible debe ser pagado cuando los servicios son rendidos. La clínica acepta dinero en efectivo, MasterCard, Visa, Discover y American Express. Los saldos de más de 60 días pueden estar sujetos a cobro de honorarios y cargos adicionales de interés.

Expedientes Médicos: Todos los expedientes médicos son propiedad de la Clínica de Alergia y Asma del Centro de Texas. Las copias de los registros médicos pueden estar sujetos a una tarifa de \$ 25. Se requiere un aviso de 3 días de trabajo para todos los documentos que necesitan ser copiados.

Cita perdida: Habrá una cuota cita pérdida de \$ 15.00 para todas las citas que no son canceladas por usted o un miembro de la familia antes de las 24 horas de su cita. Esta cuota será recogida en su próxima visita o se factura a usted directamente.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información anterior, por favor, póngase en contacto con esta oficina. Si tiene preguntas acerca de su cobertura de seguro, por favor, póngase en contacto con su empleador o compañía de seguros.

Firma del Paciente o Parte Responsable
Signature of Patient or responsible party

Nombre del Paciente
Patient Name

Fecha de hoy
Date

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices/ Acuse de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad

Yo, _____, haber recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Clínica de Alergias y Asma del Centro de Texas.

Doy permiso a la Clínica de Alergias y el Asma para hablar de mi información personal con las personas siguientes:

Nombre de Paciente
Print Patient's Name

Fecha de Nacimiento
Patient's DOB

Nombre de la Persona Responsable del Paciente
Print Person's Name Responsible for Patient

Relación con el Paciente
Relationship

Firma del Paciente/ Persona Responsable
Signature of Patient/Responsible Person

Fecha
Date



4204 E Stan Schlueter Lp
Killeen, TX 76542
254.690.2800 P
254.690.5401 F

1508 Leander Rd
Georgetown, TX 78628
512.931.2288 P
512.931.2299 F

2000 N Mays Ste 109
Round Rock, TX 78664
512.388.1861 P
512.388.0373 F

103 N Bell Blvd A-2
Cedar Park, TX 78613
512.610.3388 P
512.610.3399 F

6600 S Mopac Ste 2180
Austin, TX 78749
512.892.3336 P
512.892.3338 F

Aviso de Práctica de Privacidad **HIPAA (Health Insurance Portability and Privacy Act)**

Nuestro deber legal: Estamos obligados por las leyes federales y estatales para mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos sobre su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras que está en efecto. Este aviso entra en vigor el 1 de enero de 2004 y permanecerá en efecto hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y hacer el nuevo aviso disponible bajo petición.

Usos y Declaración de Información de Salud: Podemos utilizar y divulgar información acerca de usted para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro profesional de la salud proporcionando tratamiento para usted. Podemos usar su historia de medicamentos o los resultados laboratorios para asegurar la mejor atención al paciente.

Pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos.

Operación de la salud: Podemos utilizar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluyen la evaluación de calidad y actividades de mejora, la revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación profesional y desempeño de los proveedores, la realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, licencia o credenciales actividades.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información médica para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica, se puede dar la autorización por escrito para usar su información de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Usted puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o declaración permitida mientras la autorización este vigente. A menos que usted nos da una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso.

Para su familia y amigos: Debemos divulgar su información de salud para usted. Podemos revelar su información médica a un miembro de la familia, un amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar a que la salud o con el pago para su atención médica, pero solo si se acepta que podemos hacerlo.

Personas involucradas en cuidado: Podemos usar o divulgar información de salud para notificar o asistir en la notificación de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado. Vamos a utilizar nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica.

Servicios de comercialización relacionados con la salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su consentimiento por escrito.

Requerido por Ley: Podemos utilizar su información de salud cuando sea requerido para ello por la ley

Abuso o negligencia: Podemos revelar su información médica a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar la información médica para proveerle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

Si usted está preocupado de que hemos violado sus derechos de privacidad, puede enviarlo a nosotros o puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en el 1-877-550-5754.



Allergy and Asthma Clinic of Central Texas

Brian Terry Miller, D.O. Anthony R. Henry, M.D. Uday K. Reddy, M.D.
 Jentry Riddle, PA-C Melanie McKinley, PA-C Lauren Upton, PA-C Charlotte Scott, PA-C
 Killeen Georgetown Round Rock Cedar Park South Austin

Historia del Paciente Nuevo/ New Patient History

Nombre: _____ **Sexo:** M F **Edad:** _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Apellido Primer MI MM DD YYYY

Fecha de Cita: : ____/____/____

Etnicidad: _____ **Estado Civil:** _____ **Ocupación:** _____

Referido Por: _____ **Médico de Atención Primaria:** _____

Queja Principal: *(describe brevemente el motivo de su visita y lo que espera lograr en esta visita)*

HPI:

Locación: (que areas del cuerpo estan involucrados) _____

Gravedad: Leve/Mild Moderada/Moderate Grave/Severe

Tiempo: Raro/Rare Con Frecuencia/ Frequent Constante/ Constant

Peor Tiempo Del Año: Primavera/Spring Verano/Summer Otoño/Fall Invierno/Winter Durante el año

Duración: _____ Días/ Days Semanas/Weeks Meses/Months Años/Years De todo la vida

Factores Agravantes: (pon un X en cualquier cosa que te hace peor)

Arboles (Trees)
Hierbas (Grasses)
Malas Hierbas (Weeds)
Moho/hongos (Molds)
Polvo (Dust)
Animales
En el trabajo (At work)
Dentro (Indoors)
Al aire libre (Outdoors)
Limpiando (Cleaning)
Jardín Trabajo (Yard work)

Clima Frío (Cold weather)
Tiempo húmedo(Humid weather)
Tiempo Seco (Dry weather)
Días Ventosos (Windy days)
Días lluviosos (Rainy days)
Cambios de Clima
Ejercicio (Exercise)
Resfriados (Viral Illness)
Emociones (Emotion)
Estrés (Stress)
Ciclo Menstrual

Alcohol
Alimentos (especifique)
Medicamentos (especifique)

Aire acondicionado
Calentador (Heater)
Olores Fuertes (Strong Odors)
Jabón/Detergentes
Productos de limpieza
Vapores químicos
Humo

Factores de alivio:(por favor, especifique que le hace sentir mejor)

Otros signos y síntomas asociados:

Medicamentos:

Medicamento (Drug Name)	Miligramos (mg)	Frecuencia	Por cuanto tiempo	Razón

Revisión de sistemas: (Tiene actualmente algunas de los siguientes? Marque un en el síntoma o ninguna)

General:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Fatiga (Fatigue)	
Pérdida de peso (weight loss)	
Aumento de peso (weight gain)	
Fiebre (fever)	

Ojos/Eyes:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Enrojecimiento (Redness)	
Comezón (itching)	
Lagrimo (tearing)	
Costras de párpados (crusting of lids)	
Dolor (pain)	

Oídos/Ears:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Congestión	Zumbido (Ringing)
Comezón (itching)	Vertigo
Dolor (Pain)	Estallido
Secreción (Discharge)	(popping)
Tubos (Tubes)	

Nariz/ Nose:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Comezón (Itching)	
Estornudo (Sneezing)	
Congestión	
Drenaje <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> amarillo <input type="checkbox"/> verde	
Presión/dolor en los senos nasales	
Disminución/pérdida del sentido del olfato	

Boca/ Mouth:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Comezón en labios/lengua (Itching)	
Hinchazón de los labios/lengua (Swelling)	
Manchas blancas (white patches)	
Respirar por la boca (mouth breathing)	
Sequedad en la boca (dry mouth)	
El mal aliento (bad breath)	

Garganta/ Throat:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Comezón (Itching)	
Aclarar la garganta (Throat clearing)	
Ronquera (Hoarseness)	
Dificultad para tragar (Difficulty swallowing)	
Drenaje nasal Post nasal drainage	
Dolor de garganta (Sore Throat)	

Pulmones/Lungs:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Opresión en el pecho	
Falta de aire (Shortness of breath)	
Sibilancia (Wheezing)	
Tos (Cough) <input type="checkbox"/> con moco <input type="checkbox"/> seca	
Síntomas inducidos por el ejercicio	

Corazón/Heart:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Presión en el pecho (Chest pressure)	
Dolor radiando a brazos/cuello/mandíbula	
frecuencia cardíaca rápida (Rapid heart rate)	
Alta presión (High blood pressure)	

Gastrointestinal:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Nausea	
Vómitos	
Diarrea	
Estreñimiento (Constipation)	
Distensión (Bloating)	
Dolor abdominal tipo cólico (Crampy pain)	

Genitourinario:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Urgencia	
Frecuencia	
Dolor al orinar (Painful urination)	
Sangre en la orina (Blood in urine)	

Musculosquelítico:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Artritis	
Debilidad (Weakness)	
Hinchazón de las piernas (Leg swelling)	
Calambres en las piernas (Leg cramps)	

Piel/Skin:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Comezón (itching)	
Erupción cutánea (Rash)	
Eczema	
Urticaria/ ronchas (Hives)	
Hinchazón (Swelling)	

Neurológico:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Dolores de cabeza (Headaches)	
Entumecimiento (Numbness)	
Desequilibrio (Imbalance)	
Desmayo (Fainting)	
Convulsiones (Seizures)	

Psiquiátrico:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Ansiedad (Anxiety)	
Ataque de pánico (Panic Attacks)	
Depresión	
TDA/TDAH (ADD/ADHD)	

Endocrino:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Intolerancia al frío (Cold intolerance)	
Intolerancia al calor (Heat intolerance)	
Aumento de sed (Increased thirst)	
Orina con frecuencia (Frequent urination)	

Sangre(Blood)/Linfático:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Anemia	
Sangrando (Bleeding)	
Contusión fácil (Easy bruisability)	

Alérgico/Inmunológico:	<input type="checkbox"/> Ninguna
VIH/SIDA	
Anafilaxia (Anaphylaxis)	
Infecciones recurrentes	
Alergia a los alimentos (Food Allergy)	
Alergia a los insectos (Insect Allergy)	

OSA Síntomas:	<input type="checkbox"/> Ninguna
Somnolencia diurna excesiva	
Sueño inquieto (Restless sleep)	
Ronquidos (Snoring)	
Se despierta durante la noche (waking up)	
Pesadillas (Nightmares)	
Rechinar los dientes (gritting teeth)	
Mandíbula bruxismo (Jaw clenching)	
Se despierta a orinar (wakes to urinate)	
Sudores nocturnos (Night sweats)	

Embarazo:	<input type="checkbox"/> N/A
Embarazada	
Amamantamiento	

Historial médicos: (por favor "x" los que apliquen)

TDA (ADD/ADHD)
Insuficiencia suprarrenal
Anafilaxia
Anemia
Angioedema/hinchazón
Ansiedad (Anxiety)
Artritis <input type="checkbox"/> OA <input type="checkbox"/> reumatoide
Asma
Autismo
Desorden Bipolar
Cáncer (especificar)
Cataratas
Parálisis cerebral
Insuficiencia cardíaca congestiva
Síndrome fatiga crónica

Colitis
Dermatitis por contacto
EPOC (COPD)
Fibrosis quística (CF)
Depresión
Diabetes
Infección del oído (ear)
Eczema
Fibromialgia
GERD/reflujo (Heartburn)
Glaucoma
Alergias
Enfermedad del corazón Heart Disease
Hepatitis
HIV/AIDS

Urticaria/ronchas (Hives)
Hipertensión
Hipertiroidismo
Hipotiroidismo
Síndrome del intestino irritable IBS
Inmunodeficiencia
Enfermedad renal (Kidney)
Cálculos renales (stones)
Infarto miocardio (MI)
Migrañas
Murmura del corazón
Pólipos nasales
Osteoporosis/Osteopenia
Ataques de pánico
Neumonía

Neumotórax
Parto prematuro
Desorden de estrés postraumático (PTSD)
Embolia Pulmonar
Infecciones recurrentes
RSV
Sinusitis <input type="checkbox"/> recurrente <input type="checkbox"/> crónico
Apnea del sueño
Accidente vascular cerebral (stroke)
Abuso de sustancias
Tuberculosis
Úlceras
Enfermedad vascular
Deficiencia de Vitamina D
↑ colesterol/triglicéridos

No antecedentes médicos significativos

Historia pasado quirúrgico: (por favor "x" todos los que apliquen) No significativo historia quirúrgica pasado

Tubos en los oídos
Reparación el tabique nasal
Cirugía del seno nasal (Sinus)
Rinoplastia

Adenoidectomía
Amigdalectomía (Tonsils)
Angioplastia
Endoprotesis (stent)

Arteria coronaria de bypass aorto (CABG)
Bypass gástrico
Vesícula biliar
Apendectomía

Cesárea
Histerectomía
Vascular
Otro

Nombre del paciente: _____

Fec. Nac.: ___/___/___

Fec. Cita ___/___/___

Historia Familiar: (por favor X todos los que apliquen) [] No significativo historia familiar

	Madre	Padre	Hermano	Niño	Abuelo
Alergias/ Fiebre del heno					
Asma					
Eczema					
Alergia a los alimentos (Food allergy)					
Enfermedad autoinmuno					
Enfermedad de tiroide (thyroid)					
Migrañas					
Hipertensión					
Diabetes					
Enfermedad de los senos nasales					
Enfermedad del corazón (Heart)					
Cáncer					

Historia Social:

¿Cuántos hijos tiene/How many children? _____ Edades/Ages: _____

¿Hace ejercicios? [] Sí [] No ¿Frecuencia? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Bebe alcohol? [] Sí [] No ¿Tipo? _____ ¿Frecuencia? _____ ¿Cuanto? _____

¿Actualmente fuma? [] Sí [] No # cigarrillos diarios _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha fumado? [] Sí [] No # cigarrillos diarios _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo dejo? _____

¿Está expuesto a humo de segunda mano? [] Sí [] No

¿Ha usado drogas ilícitas? [] Sí [] No ¿Tipo/Cuando? _____

Casa/trabajo/estudio ambiental:

¿Dónde vive? [] casa [] apartamento [] granja [] en el campo [] otro _____

¿Mascotas/animales de interior? [] gato [] perro [] otro _____

Tipo de almohada: [] espuma (foam) [] pluma (feather) [] sintético [] otro _____

Tipo de cama: [] Colchon de muelles (mattress) [] espuma (foam) [] aire [] de agua [] otro _____

Piso: [] carpeta [] azulejo (tile) [] madera (Wood) [] laminado [] linóleoum

Aire acondicionado: [] central [] unidad de ventana [] ventilador (fans) [] ninguna

¿Dónde trabaja?: _____

¿Ha perdido tiempo del escuela o trabajo debido al asma o alergia? [] Sí [] No ¿Cuánto tiempo? _____

Inmunizaciones:

¿Estas al día con las vacunas infantiles de rutina? [] Sí [] No

¿Recibe una vacuna anual de la gripe? [] Sí [] No

¿Ha recibido la vacuna neumococo? [] Sí [] No

Alergias:

Alimentos: [] Ninguna

[] huevo/egg [] leche/milk [] cacahuate/ peanut [] nueces/tree nut [] trigo/wheat [] peces/fish

[] mariscos/shellfish [] otro _____

Describe la reacción: _____

Insectos que pican: [] ninguna

[] abeja/bee [] avispa chaqueta amarilla/ yellow jacket [] avispon/hornet [] avispa/ wasp

[] hormiga brava/fire ant [] mosquito [] otro _____

Describe reacción: _____

Medicamentos: [] Ninguna/none

[] Penicilina [] Amoxicilina [] Cefalosporina [] Macrolidos [] Sulfa [] Quinolonas [] ASA/NSAIDS

[] Anestésicos locales [] Tinto de rayo x /X-ray dye [] Otro _____

Describe reacción: _____

Látex: [] No [] Yes

Describe reacción: _____

Evaluación alergia anterior:

¿Alguna vez ha sido visto por un especialista de alergia? [] Sí [] No Quien? _____

¿Alguna vez ha tenido prueba de alergia en la piel? [] Sí [] No [] Alimentos [] Ambiental ¿Cuándo? _____

Algunas reacciones positivas? [] Sí [] No ¿A qué? _____

¿Ha recibido inyecciones para la alergia? [] Sí [] No ¿Cuándo? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Sus síntomas mejoran mientras vacunas para la alergia? [] Sí [] No

¿Ha tenido una reacción adversa mientras esta en vacunas para la alergia? [] Sí [] No ¿Qué paso? _____

Escala de Somnolencia Epworth (ESS)

Subraye qué tan frecuentemente se queda dormido Ud. en cada una de las siguientes situaciones (durante el día):

Utilicé la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

0 = nunca 2 = solo algunas veces
1 = muchas veces 3 = casi siempre

Situación	Probabilidad de Dormitar			
Sentando leyendo	0	1	2	3
Viendo la televisión	0	1	2	3
Sentando, inactivo en lugar público	0	1	2	3
Como pasajero en un viaje de una hora sin paradas	0	1	2	3
Acostado descansando por la tarde	0	1	2	3
Sentado platicando con alguien	0	1	2	3
Sentado cómodamente después de comer, sin haber tomado bebidas alcohólicas	0	1	2	3
Viajando en un transporte detenido en el tráfico	0	1	2	3
Total:	_____			

Prueba de Control del Asma (Por favor llene si tiene asma)

En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo le ha impedido **su asma** hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

Puntaje

1 Siempre **2** La mayoría del tiempo **3** Alguno del tiempo **4** Un poco de tiempo **5** Nunca

Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?

1 Más de una vez al día **2** Una vez por día **3** De 3 a 6 veces por semana **4** Una ó dos veces por semana **5** Nunca

Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia sus síntomas del **asma** (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

1 4 ó mas noches por semana **2** 2 ó 3 veces por semana **3** Una vez por semana **4** Una ó dos veces **5** Nunca

Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?

1 3 ó más veces al día **2** 1 ó 2 veces al día **3** 2 o 3 veces por semana **4** Una vez por semana o menos **5** Nunca

¿Cómo evaluaría el control de **su asma** durante las últimas 4 semanas?

1 No controlada, en absoluto **2** Mal controlada **3** Algo controlada **4** Bien controlada **5** Completamente controlada

TOTAL _____