Asma – Versión para padres – Cuestionario abreviado 8a

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

	En los últimos 7 días …	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
Pdisabasth10r	A mi niño/a le dio miedo tener problemas para respirar debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Ppedsa2asth1r	Mi niño/a sintió una presión en el pecho debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Ppedsa2asth2r	Mi niño/a sintió que tenía un sonido de silbido o pitido al respirar debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Ppedsdiaryasth4r	Mi niño/a tuvo problemas para respirar debido al asma.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Ppaqlqasth3r	Mi niño/a tuvo problemas para dormir por las noches debido al asma.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Ppaqlqasth1r	A mi niño/a le fue difícil practicar deportes o hacer ejercicio debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Ppedsa2asth7r	A mi niño/a le fue difícil respirar hondo debido al asma.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Ppedsdiaryasth5r	A mi niño/a le molestó el asma.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Spanish (Universal)
24 January 2017

© 2010-2017 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group