Asma en niños - Cuestionario abreviado 8a

Responde a cada enunciado marcando una casilla por línea.

	En los últimos 7 días…	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
5304R1r	Me dio miedo tener problemas para respirar debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2bR2r	Sentí una presión en el pecho debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3R2r	Sentí que me salían silbidos al respirar debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
1498R2r	Tuve problemas para respirar debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
1664R1r	Tuve problemas para dormir por las noches debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
1610R1r	Me fue difícil practicar deportes o hacer ejercicio debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8R2r	Me fue difícil respirar hondo debido al asma.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
1499R1r	El asma me molestó.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Spanish (Universal)
13 January 2017

© 2010-2017 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group