

ID# _____

**ALLIES AGAINST ASTHMA
BASELINE INTERVIEW**

STUDY ID # _____

INTERVIEW DATE _____
MM/DD/YYYY

INTERVIEWER'S INITIALS _____

LANGUAGE OF INTERVIEW

English1
Spanish2
Vietnamese3

CHILD'S DATE OF BIRTH Month Day Year

CHILD'S AGE IN YEARS _____

CHILD'S GENDER
Male.....1
Female.....2

CAREGIVER'S GENDER
Male.....1
Female.....2

ZIPCODE OF RESIDENCE _____

Introducción

◀**For interviewer to read**▶: El propósito de estas preguntas es para recoger información sobre el asma de su niño. La información que usted nos proporcione nos servirá de guía para planificar el tipo de asistencia que usted recibirá de Allies Against Asthma. La información que usted comparta con nosotros se utilizará también en nuestras investigaciones para determinar qué tipo de ayuda dar a todas las familias que tienen un niño asmático. Si no quiere contestar alguna pregunta, dígamelo y la saltaremos. Todas sus respuestas son confidenciales.

SECCIÓN 1 – SINTOMAS DE ASTHMA

<For interviewer to read>: Las siguientes cuatro preguntas son acerca de cómo es que el asma los afecta a usted y a [nombre del niño/a] cada día. Las preguntas se refieren a los síntomas del asma durante dos períodos de tiempo distintos: durante los últimos 14 días y durante los últimos 12 meses.

[Show card to CARETAKER and identify specific dates being referred to]

<For interviewer to read>: Los síntomas de asma incluyen sibilancias, tos, constricción del pecho, disnea, despertarse durante la noche debido a los síntomas de asma, y las limitaciones de las actividades usuales. Ahora le voy a preguntar de cada tipo específico de síntomas de asma.

[Enter 0 for "None", 99 for "Don't Know"]

AS1. Durante el día en los últimos 14 días, ¿cuántos días tuvo [nombre del niño/a] silbidos (pitos) al respirar, falta de aire, opresión en el pecho o tos? ____ Días

AS1_1 ¿Y durante los últimos 12 meses? ____ Días

Empiece con una PAUSA, si no hay respuesta, repita la pregunta. Evite períodos de tiempo: por ejemplo si le contesta de 2 a 5 días al mes, pregunte "eso sería más cerca a 2 ó a 5? Y eso es ¿cada mes?"

Si el entrevistado responde que varía durante el año pregunte, "durante la peor época ¿cuántos días al mes? ¿Cuántos meses? Y durante el resto del año ¿cuántos días al mes?"

Si el entrevistado responde la mayor parte del tiempo o todo el tiempo, etc. repita la respuesta diciendo "¿Usted quiere decir unos pocos días a la semana? ¿Cuántos días?" "¿Quiere decir todos los días del año?"

[INTERVIEWER: Calcule y escriba las respuestas ajustándolas a 12 meses.]

AS2. Durante la noche en las últimas 14 noches, ¿cuántas noches se despertó [nombre del niño/a] por el asma, con silbidos (pitos) al respirar, falta de aire, opresión en el pecho o tos? _____ Noches

AS2_1 ¿Y durante los últimos 12 meses? ____ Noches

[Use las mismas preguntas que arriba, sustituyendo "días" con "noches."]

AS3. ¿Durante los últimos 14 días, (es decir, durante los últimos 14 períodos de 24 horas que incluyeron el día y la noche), en cuantos de ellos tuvo [NINO] algún síntoma de asma, como sibilancias, tos constricción del pecho, disnea, despertarse durante la noche debido a los síntomas de asma, y las limitaciones de las actividades usuales?

SECCIÓN 2 – PREGUNTAS SOBRE LA EXPOSICIÓN A EVENTOS Y PROGRAMAS DE LA COMUNIDAD RELACIONADOS CON EL ASMA

<For interviewer to read>: Ahora le haré algunas preguntas acerca de su comunidad:

E1) Ha oído acerca del **King County Asthma Forum**?

SÍ.....1
NO.....2
NO SABE.....9
[If 'NO' o 'NO SABE', go to #3. If 'YES', go to #2 and ask]:

E2) ¿Cuántas veces ha participado en las actividades or recibido ayuda del **King County Asthma Forum**?

[Probe if per week, month, year]

___ ___/a la semana
___ ___/al mes
___ ___/al año
NUNCA.....98
NO SABE.....99

E3) ¿Con qué frecuencia escucha a alguien en su comunidad hablar acerca del asma?

FRECUENTAMENTE.....1
ALGUNAS VECES.....2
RARAS VECES.....3
NUNCA.....4
NO SABE.....9

E4) ¿Durante los últimos seis meses, usted o su niño con asma han hablado con un doctor o una enfermera acerca del asma de su niño?

SÍ.....1
NO.....2
NO SABE.....9

E5) ¿Durante los últimos seis meses, los ha vistado alguien en su casa para hablar acerca del asma de su niño?

SÍ.....1
NO.....2
NO SABE.....9

E6) ¿Durante los últimos seis meses, los ha llamado alguien por teléfono para hablar acerca del asma de su niño?

SÍ.....1
NO.....2
NO SABE.....9

ID# _____

E7) ¿Durante los últimos seis meses, usted o su hijo han asistido a una clase acerca del asma en la escuela de su hijo?

SÍ..... 1
NO..... 2
NO SABE 9

E8) ¿Durante los últimos seis meses, usted o su hijo han asistido a una clase acerca del asma en algún otro lugar como una clínica, el centro de su comunidad o iglesia?

SÍ..... 1
NO..... 2
NO SABE 9

E9) ¿Durante los últimos seis meses, usted or su hijo han participado en alguna otra actividad para personas con asma tal como una feria de salud, un campamento para niños con asma o un evento en su comunidad?

SÍ..... 1
NO..... 2
NO SABE 9

E10) ¿Durante los últimos seis meses, ha asistido a una presentación acerca del asma en una iglesia u otra organización en su barrio?

SÍ..... 1
NO..... 2
NO SABE 9

E11) ¿Durante los últimos seis meses, ha recibido hojas, folletos factuales o manuales acerca del asma?

SÍ..... 1
NO..... 2
NO SABE 9

E12) ¿Durante los últimos seis meses, ha visto pancartas, cartenlones o anuncios acerca del asma en su comunidad?

SÍ..... 1
NO..... 2
NO SABE 9

E13) ¿Durante los últimos seis meses, ha asistido a un grupo de apoyo de asma?

SÍ..... 1
NO..... 2
NO SABE 9

SECCIÓN 3 – ESTRATEGIAS DE MANEJO DEL ASMA DE LOS PADRES

◀For interviewer to read▶: Quiero preguntarle acerca de las cosas que pueda haber hecho para manejar el asma de [NINO] en casa durante los ultimos 12 meses. Algunos padres piensan que estas cosas les ayudan y otros que no les ayudan.

Para cada pregunta, por favor dígame con qué frecuencia hizo usted esas cosas: Todo el tiempo, Con frecuencia, Con poca frecuencia, o Nunca...

¿EN LOS ULTIMOS 12 MESES, con qué frecuencia:	Todo el tiempo	Con frecuencia	Con poca frecuencia	Nunca
1. Le dio a (NIÑO) medicinas de receta para el asma cuando estaba teniendo síntomas?	4	3	2	1
2. Encontro la forma de mantenerse a usted y a [NINO] calmado/a cuando (NIÑO) estaba teniendo síntomas?	4	3	2	1
3. Hizo que (NIÑO) descansara o jugara calmadamente cuando estaba teniendo síntomas.	4	3	2	1
4. Alejó a (NIÑO) de lo que causó los síntomas.	4	3	2	1
5. Le pidió ayuda o consejo a alguien acerca manejar el asma de (NIÑO).	4	3	2	1
6. Le dio a (NIÑO) las medicinas para el asma antes de que estuviera en contacto con algo que le pudiera provocar silbidos al respirar o tos, por ejemplo, antes de entrar un restaurante lleno de humo o antes de que hiciera deportes?	4	3	2	1

Clark, N.M., Gong, M, Kaciroti, N. A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Education & Behavior* 28(6):769-782, 2000.

SECCIÓN 4 - APOYO SOCIAL

◀For interviewer to read▶: Esta última pregunta procura saber cuánta ayuda recibe usted para atender el asma de su niño. Ninguna respuesta es correcta o incorrecta. Cada persona desea y consigue diferentes tipos de ayuda.

SS1. ¿Tiene por lo menos una persona que no es proveedor médico y con la que puede contar para cuidar el asma de su niño?

SÍ π_1

NO π_2

NO SABE π_3

SECCIÓN 5 – ACCESO Y CALIDAD DEL CUIDADO DEL ASMA

<For interviewer to read>: Las preguntas que siguen se refieren al seguro de salud y a los proveedores de asistencia médica de su niño.

AQ1. ¿Está [NIÑO] cubierto por algún seguro de salud, incluidos los cupones médicos?

- Sí..... 1
- No 2 [If response is no, skip to AQ2]
- No sabe..... 9 [If unknown, skip to AQ2]

AQ1a. En caso afirmativo, ¿cómo se llama el plan?

- Community Health Plan of Washington (CHPW)..... 1
- Molina..... 2
- Premera/Blue Cross..... 3
- Regence Blue Shield..... 4
- Group Health..... 5
- Aetna..... 6
- Otro ESPECIFICARLO 7
- No sabe..... 9

AQ1b. ¿Es el seguro de salud Medicaid o CHIP?

- Sí..... 1
- No 2
- No sabe..... 9

AQ2. ¿Tiene [NIÑO] un médico, un proveedor de asistencia médica o una clínica en la que recibe la mayor parte de su atención médica?

- Sí.....1 ESPECIFICARLO: Nombre _____
- No.....2 ⇒ Skip to AQ4

AQ3. ¿Es este el médico, proveedor de asistencia médica o clínica que trata principalmente el asma de [NIÑO]?

- Sí 1 ⇒Skip to AQ4
- No..... 2
- No sabe 9 ⇒Skip to AQ5

ID# _____

AQ4. ¿Cuál es el médico, el proveedor de asistencia médica o la clínica que generalmente trata el asma de [NIÑO]?

Nombre: _____

<For interviewer to read>: Un administrador de casos es una persona que no es el médico o el proveedor de asistencia médica de su niño, y que se asegura de que el niño reciba todos los servicios que necesita, y que esos servicios funcionen con eficacia en su caso.

AQ5. ¿Tiene su niño un administrador de caso?

Sí.....1 Nombre: _____

No2 ⇒Skip to AQ7

AQ6. ¿Qué hace el administrador para contribuir al cuidado del asma de [NIÑO]? *[Write down verbatim response]*

AQ6a. ¿Puedo ponerme en contacto con esa persona? TT₁ SÍ TT₂ NO

<If yes, ASK PARENT TO SIGN CARE COORDINATION FORM> TT (check when done)

Nombre: _____ Teléfono: _____

AQ7. En los últimos 12 meses, ha ido a su casa o le ha llamado por teléfono alguna persona ajena a Allies Against Asthma para ayudarle a cuidar la salud de [NIÑO]?

[Prompt: CHW, outreach worker, public health nurse, volunteer like Master Home Environmentalist, school nurse, SECAMP nurse, insurance nurse]

Sí 1

No 2 ⇒ Skip to AQ8

AQ7a. En caso afirmativo, ¿puedo comunicarme con esa persona? TT₁ SÍ TT₂ NO

<If yes, ASK PARENT TO SIGN CARE COORDINATION FORM> TT (check when done)

Nombre: _____ Teléfono: _____

ID# _____

AQ8. ¿Va [NIÑO] a un centro de cuidado infantil?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **Skip to AQ10**

AQ9. En caso afirmativo, ¿puedo comunicarme con el centro? **TT₁ SÍ** **TT₂ NO ⇒ Skip to AQ10**

◀If yes, **ASK PARENT TO SIGN CARE COORDINATION FORM**▶ TT (*check when done*)

Nombre del Centro y persona de contacto: _____

AQ10. ¿Va [NIÑO] a la escuela?

- Sí 1
- No 2 ⇒ **Skip to AQ12 if AQ8 is Sí,**
otherwise skip to Sección 6.

AQ11. En caso afirmativo, ¿puedo comunicarme con la escuela?

◀If yes, **ASK PARENT TO SIGN CARE COORDINATION FORM**▶ TT (*check when done*)

Nombre de la escuela y la enfermera: _____

◀If Child is in school or childcare (Sí to AQ8 or AQ10), continue. If not, **skip to Section 6.** ▶

AQ12. En los últimos 12 meses, cuánto le ha ayudado el personal de la escuela de [NIÑO] [o el centro de cuidado infantil si no va a la escuela] con el asma de [NIÑO]?

	Escuela	Centro de cuidado infantil
Mucho.....	1	1
Algo	2	2
Un poco.....	3	3
Nada.....	4	4
No aplicable	98	98

AQ13. ¿Piensa usted que hay factores desencadenantes del asma en la escuela o centro de cuidado infantil de su niño?

- Sí 1
- No 2
- No Sabe..... 9

ID# _____

No aplicable..... 8

SECCIÓN 6 – CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO DEL NIÑO CON ASMA

◀**For interviewer to read**▶: Este cuestionario tiene el propósito de saber cómo se ha sentido usted durante los últimos 7 días. Quisiéramos saber de qué manera el asma de su hijo ha afectado las actividades normales diarias de usted y cómo esto lo ha hecho sentirse a usted. Por favor responda a cada pregunta marcando una [x] la casilla correspondiente. Marque una sola casilla por pregunta.

[Show response card]

Durante los últimos 7 días, con qué frecuencia:

	Siempre	Casi Siempre	Con mucha frecuencia	Con cierta frecuencia	Con poca frecuencia	Casi nunca	Nunca
QL1. ¿ha sentido que no puede hacer nada o se ha asustado cuando su hijo ha tenido tos, silbidos en el pecho o falta de aire?	1	2	3	4	5	6	7
QL2. ¿su familia ha tenido que cambiar de planes a causa del asma de su hijo?	1	2	3	4	5	6	7
QL3. ¿se ha sentido usted frustrado o impaciente porque su hijo ha estado irritable a causa del asma?	1	2	3	4	5	6	7
QL4. ¿el asma de su hijo ha afectado el empleo de usted o los quehaceres que usted realiza en casa?	1	2	3	4	5	6	7
QL5. ¿se ha sentido usted angustiado a causa de la tos, los silbidos en el pecho o la falta de aire de su hijo?	1	2	3	4	5	6	7
QL6. ¿ha pasado usted noches sin dormir a causa del asma de su hijo?	1	2	3	4	5	6	7
QL7. ¿le ha molestado que el asma de su hijo afectara las relaciones familiares?	1	2	3	4	5	6	7
QL8. ¿se ha despertado usted durante la noche a causa del asma de su hijo?	1	2	3	4	5	6	7
QL9. ¿ha estado enojado con la situación de que su hijo tiene asma?	1	2	3	4	5	6	7

ID# _____

◀For interviewer to read▶: Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto se ha preocupado usted...?

[Show response card]

	Me ha preocupado muchísimo	Me ha preocupado mucho	Me ha preocupado bastante	Me ha preocupado regular	Me ha preocupado un poco	Me ha preocupado casi nada	No me ha preocupado nada
QL10. ¿de cómo hace su hijo las actividades normales diarias?	1	2	3	4	5	6	7
QL11. ¿de las medicinas para el asma de su hijo y los efectos secundarios de estas?	1	2	3	4	5	6	7
QL12. ¿de ser sobreprotector con su hijo?	1	2	3	4	5	6	7
QL13. ¿de que su hijo pueda llevar una vida normal?	1	2	3	4	5	6	7

QL14. Ahora, **comparado con esta fecha del año pasado**, ¿cómo ha afrontado su familia el asma de [NIÑO]?

[Show response card]

- Mucho mejor que hace un año 1
- Un poco mejor que hace un año 2
- Más o menos lo mismo que hace un año 3
- Un poco peor que hace un año 4
- Mucho peor que hace un año 5

SE1. Hablando en general, ¿cuánto confía usted en que puede controlar cualquier síntoma de asma que su niño tenga, para que no interfieran con las cosas que el niño quiere hacer?

Ninguna confianza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Total confianza

SE2. Hablando en general, ¿cuánto confía usted en que puede controlar cualquier síntoma de asma que su niño tenga, para que no interfieran con las cosas que su familia quiere hacer?

Ninguna confianza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Total confianza

SECCIÓN 7 – HISTORIAL DE ASMA (ALERGIAS)

<For interviewer to read>: Ahora tengo algunas preguntas más sobre el historial de asma de su niño:

AH1. ¿Algunas de estas otras cosas hacen **empeorar** el asma de [NIÑO]?

[Read choices. Multiple responses allowed]

Comment [JK1]: do we need a release or is this covered in consent?

- Animales domésticos; ESPECIFICAR 1
- Moho2
- Polen3
- Polvo/ácaros del polvo.....4
- Cucarachas 5
- Plagas de ratones/ratas, ESPECIFICAR 6
- Medicamento; ESPECIFICAR 7
- Comida; ESPECIFICAR..... 8
- Humo de tabaco 9
- Otro humo 10
- Fragancias 11
- Productos de limpieza..... 12
- Otros productos químicos..... 13
- Alguna otra cosa; ESPECIFICAR _____ 98
- No sabe 99

AH2. ¿Se le ha hecho alguna vez a [NIÑO] una prueba cutánea o análisis de sangre para ver qué sustancias causan sus alergias?

- Sí.....1 [▶ If yes] ¿Dónde? _____ Cuando? _____
- No.....2
- No sabe.....9

Si se le han hecho pruebas, ¿es alérgico el niño a alguno de los elementos indicados en la lista?

- SÍ ₁ En caso afirmativo, ¿a cuáles es alérgico? _____
- NO ₂

[Ask parent to sign release form so that we may get a copy of the results] _____ Initial when done

<For interviewer to read>: Ahora quisiera que piense en los **últimos tres meses** y le hare una pregunta sobre los **ataques de asma**. Los **ataques de asma** son las ocasiones en que los síntomas del asma de su niño están peor, limitando sus actividades más de lo normal, o haciendo que tenga que buscar asistencia médica. [Show calendar]

AH4. Durante los últimos tres meses, ¿aproximadamente cuántos ataques de asma tuvo [NIÑO]? _____

Comment [LCL2]:

Comment [JK3]: we have a lot of different time frames here 2 weeks, 3 months, 1 year...is this too confusing...check this out in pilot

SECCIÓN 8- UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

<For interviewer to read>: Ahora quisiera que siguiera pensando en los **últimos 12 meses**. Quisiera preguntarle sobre la hospitalización, las visitas a la sala de emergencia, y las visitas al consultorio o la clínica del médico por motivos del asma durante este tiempo. [Continue to show calendar]

HC1. Durante los últimos **12 meses** (eso es desde _____), ¿[nombre del niño/a] tuvo que pasar la noche en el hospital por el asma?

- Sí.....1 ▶ Si fue así, ¿cuántas veces? _____
No.....2
No sabe.....9

HC2. Sin contar las hospitalizaciones durante los últimos 12 meses, (eso es desde _____), ¿[nombre del niño/a] ha tenido que ir a la sala de emergencia por el asma?

- Sí..... 1 ▶ Si es así, ¿cuántas visitas? _____
No.....2
No sabe.....9

HC3. Sin contar las hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencia durante los **últimos 3 meses**, es decir, desde el _____, visitó [NIÑO] a un médico o proveedor de asistencia médica en el **consultorio o la clínica a causa del asma?**

- Sí..... 1 ▶ Si es así, ¿cuántas visitas? _____
No2
No sabe.....9

HC3a. ¿Cuántas de estas visitas fueron **no programadas**, es decir, usted fue al médico sin cita o con una cita programada con menos de 24 horas de anticipación? _____

<For interviewer to read>: Mucha gente tiene problemas para hacer y concurrir a citas con el médico por el asma de su niño, debido a que les cuesta ir a la clínica, no tienen dinero para ir, u otros motivos.

HC4. En los **últimos 12 meses**, ¿tuvo algún problema para hacer citas por el asma de [NIÑO]?

- Sí..... 1
No.....2

SECCIÓN 9- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

◀For interviewer to read▶: A continuación tenemos unas pocas preguntas sobre usted. El tener conocimiento de estos datos nos ayudará a entender mejor quiénes están participando en este proyecto.

D1. ¿En cuanto a su empleo, es usted actualmente...?

[Read choices and select all that apply]

- Empleado a sueldo..... 1
- Empleado por su cuenta 2
- Sin trabajo desde hace más de 1 año..... 3
- Sin trabajo desde hace menos de 1 año 4
- Ama de casa 5
- Estudiante 6
- Jubilado 7
- Incapaz de trabajar..... 8
- Se niega a contestar.....9*

D2. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que Ud. ha completado? *[Do not read choices]*

- No ha completado ningún grado 1
- Guardería infantil (nursery school) a 4to. grado..... 2
- 5to. grado o 6to. grado 3
- 7mo. grado o 8vo. grado 4
- 9no. grado 5
- 10mo. grado 6
- 11mo. grado 7
- 12mo. grado—**Sin Diploma** 8
- Graduada de escuela secundaria**
- diploma de escuela secundaria o su equivalente (i.e. GED) 9
- Un poco de escuela tecnica 10
- Completado escuela tecnica 11
- Algunos créditos universitarios, pero meno de 1 año 12
- 1 año o más de universidad, sin título..... 13
- Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS) 14
- Título de bachiller universitario (por ejemplo: BA, AB, BS)..... 15
- Título maestría (por ejemplo: MA, MS, Meng, Med, MSW, MBA) 16
- Título profesional (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD) 17
- Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)..... 18
- Otro (por favor describir, incluyendo en que país)..... 19
- (specify & country)* _____
- Refused to answer 99*

ID# _____

D3. ¿Cuántos años tiene Ud. y qué es la fecha de nacimiento?

Age (in years) _____ DOB

Month	Day	Year
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

D4. ¿Qué es su relación con [Niño]?

1 Madre 2 Padre 3 Abuela 4 Abuelo 5 Tía 6 Tio 7 Otro (specify): _____

D5. ¿Es su origen español / hispano / latino?

Sí 1
Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano..... 1a
Puertorriqueño..... 1b
Cubano..... 1c
Otro grupo español /hispano / latino..... 1d
Specify: _____
No 2
No sabe 9

D6. ¿Es su niño/niña español / hispano / latino?

Sí 1
Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano..... 1a
Puertorriqueño..... 1b
Cubano..... 1c
Otro grupo español /hispano / latino..... 1d
Specify: _____
No 2
No sabe 9

<For interviewer to read>: Tengo aquí una tarjeta que muestra diferentes categorías de raza. ¿Cuál es su raza? ¿Cuál es la raza de su niño? [Show card with racial categories to all participants]

D7. Raza:	Caregiver	Child
Blanca	1a	1b
Negra, africana Americana	2a	2b
India Americana o nativa de Alaska.....	3a	3b
India Asiática.....	4a	4b
China.....	5a	5b
Filipina.....	6a	6b
Japonesa.....	7a	7b
Coreana	8a	8b
Vietnamita	9a	9b
Otra asiática; SPECIFY.....	10a	10b
Nativa de Hawaii	11a	11b
Guameña or Chamorro	12a	12b
Samoana.....	13a	13b
Otra de las islas del Pacífico; SPECIFY.....	14a	14b
Alguna otra raza; SPECIFY.....	15a	15b

ID# _____

SECCIÓN 10 - EL FUMAR

<For interviewer to read>: Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre la exposición de [NIÑO] al humo de tabaco en su casa y fuera de ella.

TS1. ¿Ha fumado usted tabaco **durante los últimos 7 días**?

∂₁ Sí

∂₂ No... ♣**Skip to TS5**

TS2. ¿Cuántos cigarrillos fumó cada día? _____ cigarrillos

[si no son cigarrillos, indicar ∂₁ pipa o ∂₂ cigarro u ∂₃ otro _____]

TS3. ¿En cuántos de los últimos 7 días ha fumado usted? _____ días

TS4. Cuando ha fumado en casa, ¿cuánto tiempo lo hizo **dentro** de la casa, en lugar de ir **fuera** de la casa a fumar?

Fumó fuera de la casa:	Siempre.....	1
	La mayoría de las veces	2
	Algunas veces	3
	Rara vez	4
	Nunca (siempre fumó dentro de la casa).....	5

TS5. Dígame si alguna otra persona que vive o visita las casa regularmente fuma allí, y su relación con el [NIÑO], como ser el padre, la abuela, un hermano, un cuidador, un amigo de la familia, etc.

(Include all persons, and after each response, **probe**: Is there anyone else who smoked in the house in the past week? Record response in chart below):

∂ Nadie ♣**Skip to TS6**

Relación:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

ID# _____

TS5a. ¿Alguna de estas personas fuma dentro de la casa la mayor parte del tiempo?

Sí No

TS5b. Si es así, ¿cuántas? _____

TS6. Piense ahora en los lugares donde su niño pasa tiempo FUERA de la casa. ¿Alguna persona fuma en presencia de su niño?

Lugar	Cantidad fumada FUERA de la casa
En un coche	<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 4-6 días/semana <input type="checkbox"/> 2-3 días/semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> Nunca
En el centro de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 4-6 días/semana <input type="checkbox"/> 2-3 días/semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> Nunca
En case de un amigo	<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 4-6 días/semana <input type="checkbox"/> 2-3 días/semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> Nunca
Otro (especificarlo)	<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 4-6 días/semana <input type="checkbox"/> 2-3 días/semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> Nunca
Otro (especificarlo)	<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 4-6 días/semana <input type="checkbox"/> 2-3 días/semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> Nunca

ID# _____

SECCIÓN 11 - MEDICAMENTOS

<Interviewer: Ahora quisiera que me informara de todos los medicamentos **recetados por un médico** que [NIÑO] toma para el asma.

M1. En los últimos 12 meses, ¿ha tomado [NIÑO] algún medicamento recetado por un médico para el asma?

_1 Sí _2 No ♣Skip to M6

M2. Por favor **MUÉSTREME**, uno por uno, todos los medicamentos recetados para el asma que [NIÑO] ha tomado en los últimos 12 meses.

(If caregiver does not have medicines, ask him/her to describe each one and find it on the show card.)

	M2a. ¿Cómo se llama el medicamento?	M2b. ¿Cómo se toma este medicamento?	M2c. ¿Cuántos días en los últimos 14 días (<i>mostrar calendario</i>) tomó el niño este medicamento?	M2d. ¿Cuántas veces por día tomo el niño este medicamento? (Dose if inhaled steroids)	M2e. ¿Utiliza [NIÑO] este medicamento sólo en casa, sólo en la escuela, o en ambos lugares?	M2f. Este medicamento, ¿se utiliza fundamentalmente para aliviar los síntomas según las necesidades O se toma todos los días para controlar los síntomas y prevenir ataques?
#1		<input type="checkbox"/> _1 inhalador <input type="checkbox"/> _2 nebulizador <input type="checkbox"/> _3 rociador nasal <input type="checkbox"/> _4 oral (píldora/jarabe)	<input type="checkbox"/> _99 Ya no lo usa	<input type="checkbox"/> _8 Según las necesidades <input type="checkbox"/> _9 No sabe	<input type="checkbox"/> _1 Sólo en casa <input type="checkbox"/> _2 Sólo en la escuela <input type="checkbox"/> _3 Ambos No sabe	<input type="checkbox"/> _1 Para aliviar los síntomas <input type="checkbox"/> _2 Para controlar el asma y prevenir los síntomas <input type="checkbox"/> _3 Otro: _____ <input type="checkbox"/> _9 No sabe
#2		<input type="checkbox"/> _1 inhalador <input type="checkbox"/> _2 nebulizador <input type="checkbox"/> _3 rociador nasal <input type="checkbox"/> _4 oral (píldora/jarabe)	<input type="checkbox"/> _99 Ya no lo usa	<input type="checkbox"/> _8 Según las necesidades <input type="checkbox"/> _9 No sabe	<input type="checkbox"/> _1 Sólo en casa <input type="checkbox"/> _2 Sólo en la escuela <input type="checkbox"/> _3 Ambos <input type="checkbox"/> _9 No sabe	<input type="checkbox"/> _1 Para aliviar los síntomas <input type="checkbox"/> _2 Para controlar el asma y prevenir los síntomas <input type="checkbox"/> _3 Otro: _____ <input type="checkbox"/> _9 No sabe
#3		<input type="checkbox"/> _1 inhalador <input type="checkbox"/> _2 nebulizador <input type="checkbox"/> _3 rociador nasal <input type="checkbox"/> _4 oral (píldora/jarabe)	<input type="checkbox"/> _99 Ya no lo usa	<input type="checkbox"/> _8 Según las necesidades <input type="checkbox"/> _9 No sabe	<input type="checkbox"/> _1 Sólo en la casa <input type="checkbox"/> _2 Sólo en la escuela <input type="checkbox"/> _3 Ambos <input type="checkbox"/> _9 No sabe	<input type="checkbox"/> _1 Para aliviar los síntomas <input type="checkbox"/> _2 Para controlar el asma y prevenir los síntomas <input type="checkbox"/> _3 Otro: _____ <input type="checkbox"/> _9 No sabe

ID#

ID#	M2a. ¿Cómo se llama el medicamento?	M2b. ¿Cómo se toma este medicamento?	M2c. ¿Cuántos días en los últimos 14 días (<i>mostrar calendario</i>) tomó el niño este medicamento?	M2d. ¿Cuántas veces por día tomo el niño este medicamento? (Dose if inhaled steroids)	M2e. ¿Utiliza [NIÑO] este medicamento sólo en casa, sólo en la escuela, o en ambos lugares?	M2f. Este medicamento, ¿se utiliza fundamentalmente para aliviar los síntomas según las necesidades O se toma todos los días para controlar los síntomas y prevenir ataques?
#4		<input type="checkbox"/> ₁ inhalador <input type="checkbox"/> ₂ nebulizador <input type="checkbox"/> ₃ rociador nasal <input type="checkbox"/> ₄ oral (píldora/jarabe)	<input type="checkbox"/> ₉₉ Ya no lo usa	<input type="checkbox"/> ₈ Según las necesidades <input type="checkbox"/> ₉ No sabe	<input type="checkbox"/> ₁ Sólo en la casa <input type="checkbox"/> ₂ Sólo en la escuela <input type="checkbox"/> ₃ Ambos <input type="checkbox"/> ₉ No sabe	<input type="checkbox"/> ₁ Para aliviar los síntomas <input type="checkbox"/> ₂ Para controlar el asma y prevenir los síntomas <input type="checkbox"/> ₃ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₉ No sabe
#5		<input type="checkbox"/> ₁ inhalador <input type="checkbox"/> ₂ nebulizador <input type="checkbox"/> ₃ rociador nasal <input type="checkbox"/> ₄ oral (píldora/jarabe)	<input type="checkbox"/> ₉₉ Ya no lo usa	<input type="checkbox"/> ₈ Según las necesidades <input type="checkbox"/> ₉ No sabe	<input type="checkbox"/> ₁ Sólo en la casa <input type="checkbox"/> ₂ Sólo en la escuela <input type="checkbox"/> ₃ Ambos <input type="checkbox"/> ₉ No sabe	<input type="checkbox"/> ₁ Para aliviar los síntomas <input type="checkbox"/> ₂ Para controlar el asma y prevenir los síntomas <input type="checkbox"/> ₃ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₉ No sabe
#6		<input type="checkbox"/> ₁ inhalador <input type="checkbox"/> ₂ nebulizador <input type="checkbox"/> ₃ rociador nasal <input type="checkbox"/> ₄ oral (píldora/jarabe)	<input type="checkbox"/> ₉₉ Ya no lo usa	<input type="checkbox"/> ₈ Según las necesidades <input type="checkbox"/> ₉ No sabe	<input type="checkbox"/> ₁ Sólo en la casa <input type="checkbox"/> ₂ Sólo en la escuela <input type="checkbox"/> ₃ Ambos <input type="checkbox"/> ₉ No sabe	<input type="checkbox"/> ₁ Para aliviar los síntomas <input type="checkbox"/> ₂ Para controlar el asma y prevenir los síntomas <input type="checkbox"/> ₃ Otro: _____ <input type="checkbox"/> ₉ No sabe

Ahora, ¿hay algún otro medicamento recetado por el médico que usted no me haya mostrado?

[Use the show card to help respondent identify any additional medications]

- Sí ₁ [repeat questions above]
 No ₂ [continue to next question]

[After last medication identified by respondent, **ask**: "Are there any more medications?"]

- Sí ₁ [repeat questions above]
 No ₂ [continue to next question]

ID# _____

M3. ¿Toma su niño medicamentos sólo cuando tiene signos o síntomas o cuando no tiene síntomas, o en ambos casos (*Circle one*):

- Sólo para los síntomas 1
- Sólo cuando no hay síntomas 2
- Ambos 3

M4. ¿Ha tenido su niño algún problema para tomar los medicamentos en la escuela?

Sí 1

↻ **Especificarlo** _____

No 2

M5. ¿Utiliza usted algún medicamento NO recetado por un médico para tratar el asma de [NIÑO], por ejemplo, los medicamentos que se venden en la droguería sin receta médica?

Sí 1

No 2 ♣ **Skip to M6**

NO sabe 9 ♣ **Skip to M6**

M5a. Si dice que sí, especifique los nombres de todos los medicamentos usados: niebla de Primatene, tabletas de Primatene, Vitamina C, y Quercetina u otro:

M6. ¿Tiene [NIÑO] un espaciador (por ejemplo, un Aerochamber) para utilizar junto con sus inhaladores?

Sí 1

No 2

No tiene inhalador 3

No sabe 9

M7. **En los últimos 14 días**, cuando se utilizaron inhaladores, con qué frecuencia usó [NIÑO] su espaciador?

Nunca 1

Menos de la mitad del tiempo 2

Más o menos la mitad del tiempo 3

Más de la mitad del tiempo 4

La mayor parte o todo el tiempo 5

SECCIÓN 13 – MONITOREO DEL ASMA

<For interviewer to read>: Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el seguimiento del asma de [NIÑO]:

AM1. ¿Cuál fue la última vez que usted y [NIÑO] tuvieron conocimiento o revisaron sus síntomas de asma?

[Ask as an open-ended question]

- En las últimas 2 semanas..... 1
- En los últimos 2 meses..... 2 ♣Skip to AM2
- En los últimos 6 meses..... 3 ♣Skip to AM2
- En los últimos 12 meses..... 4 ♣Skip to AM2
- Hace más de 12 meses 5 ♣Skip to AM2

AM2. ¿Tiene [NIÑO] ahora un espirómetro?

- Sí 1
- No 2 ♣Skip to AM4
- No sabe 9 ♣Skip to AM4

AM3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usó usted el espirómetro para tratar de medir la respiración de [NIÑO] cuando su asma estaba empeorando, o cuando estaba teniendo un ataque de asma? (use show card)

- Siempre 1
- Casi siempre..... 2
- A veces 3
- Casi nunca..... 4
- Nunca 5

AM4. ¿Le ha dado su médico u otro profesional de la salud un plan escrito (plan de acción) para ayudarle a decidir cómo cambiar el medicamento de [NIÑO] para el asma en respuesta a los cambios de su asma?

- Sí 1
- No 2 ♣Skip to Section 14
- No sabe 9 ♣Skip to Section 14

ID# _____

AM5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usó el plan de acción para cambiar el medicamento de [NIÑO] en respuesta a los cambios en su asma?

(use show card)

- Siempre 1
- Casi siempre..... 2
- A veces..... 3
- Casi nunca..... 4
- Nunca 5

AM6. ¿Tiene la escuela o centro de cuidado infantil de su niño una copia del plan de acción?

- Sí 1
- No 2
- No va a la escuela o a un centro de cuidado infantil..... 3
- No sabe 9

AM7. ¿Tienen todas las personas que cuidan normalmente a su niño y los proveedores de asistencia médica una copia del plan de acción?

- Sí 1
- No 2
- El niño no tienen otros cuidadores, y no va a un centro de cuidado infantil..... 3
- No sabe..... 9

SECCIÓN 14 – USO Y HABILIDADES RELACIONADAS CON EL INHALADOR DE DOSIS MEDIDAS

[If child does not use an inhalador, skip to Section 15]

◀**For interviewer to read**▶: Ahora quisiera observar cómo [NIÑO] utiliza el inhalador.

Muéstrame cómo usas el inhalador.

[This test can be performed with a Placebo inhalador if child does not have one at the moment]

Comportamientos deseables:	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>N/A</u>
a. El paciente sacude el bote durante 5 segundos.....	1	0	98
b. El paciente coloca el espaciador o bolsa de Inspirase correctamente.....	1	0	98
c. El paciente posiciona el dedo en la parte superior del bote de medicamento y le da apoyo.....	1	0	98
d. El paciente coloca el tubo espaciador o la boquilla en la boca, entre los dientes.....	1	0	98
e. El paciente exhala normalmente.....	1	0	98
f. El paciente cierra los labios alrededor del tubo espaciador o boquilla.....	1	0	98
g. El paciente presiona correctamente hacia abajo la parte superior del bote de medicamento para liberar dicho medicamento.....	1	0	98
h. El paciente inhala el medicamento en forma lenta y profunda.....	1	0	98
i. El paciente mantiene el medicamento en los pulmones durante por lo menos 3 segundos antes de exhalar.....	1	0	98

SECCIÓN 15 – HABILIDAD EN EL USO DEL ESPIRÓMETRO

<For interviewer to read>: ¿Ha usado el niño alguna vez un espirómetro? ₁ Sí ₂ No

If yes, continue. If no, skip to Section 16.

<For interviewer to read>: Ahora quisiera ver cómo usas el espirómetro. Muéstrame cómo usas el espirómetro:

<u>[provide child with the Mini-Wright meter]</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
a. Párate bien derecho.....	1	0
b. Asegúrate de que la flecha en el espirómetro esté en la posición "0" "L/MIN".	1	0
c. Respira hondo.	1	0
d. Pon la boquilla detrás de tus dientes frontales y cierra los labios alrededor de la boquilla.	1	0
e. Sopla rápido y fuerte en el espirómetro.	1	0
f. Lee correctamente el número al lado de la flecha.	1	0

SECCIÓN 16 – CONTACTO ALTERNATIVO

<For interviewer to read>: Este estudio durará un año, y durante ese tiempo algunas personas pueden mudarse o cambiar de número telefónico. ¿Hay alguna otra persona que pueda ayudarnos a ponernos en contacto con usted si no tenemos su número de teléfono o su dirección correctos? _____ Se niega

NOMBRE DEL CONTACTO: Nombre: _____

Apellido: _____

DIRECCIÓN: Calle: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____

Teléfono: () _____ - _____

Relación con usted: _____

<For interviewer to read>: Con esto termina nuestra entrevista. Le agradecemos que haya participado en este proyecto, y queremos que sepa que la información y las opiniones que nos ha dado acerca del asma de su niño nos ayudarán a mejorar el cuidado y tratamiento del asma de muchas otras personas. El paso

ID# _____

siguiente es fijar nuestra próxima visita. En ese momento, le traeré cobertores especiales para el colchón y las almohadas, a fin de reducir la exposición de [NIÑO] a los ácaros del polvo mientras está durmiendo. Durante esa visita, también recorreremos la casa juntos para ver si hay factores desencadenantes del asma que puedan estar empeorando el asma de [NIÑO]. Esa información se utilizará para desarrollar un plan para nuestro trabajo conjunto. Si lo desea, podemos también hacer un examen más general de su casa para detectar otros peligros para la seguridad que no están relacionados con el asma. Por ejemplo, cosas que podrían provocar caídas, quemaduras, intoxicaciones u otras lesiones. ¿Le interesa que incluyamos eso en nuestra visita?

LISTA DE SEGURIDAD PARA EL HOGAR

∂_1 Sí ∂_2 No

La visita probablemente dure una hora. Hagamos una cita ahora mismo. Además, antes de salir, tendré que saber el tamaño del colchón en el que duerme [NIÑO], para poder traer un cobertor del tamaño correcto.

HEC Visit Scheduled Date: _____ Time: _____

Mattress size: _____

Gracias por reunirse conmigo. Nos vemos en la próxima visita.