

**RESUMEN DEL CONTROL DEL ASMA  
 ASTHMA CONTROL SUMMARY**

**FOR AGENCY USE ONLY**

**Client ID No.**

**Case ID No.**

Medida de resultado	Cuándo recopilar datos	
	Punto de referencia (primera visita)	Seguimiento de tres meses
Fecha de recolección de datos (mm/dd/aa)		
ACT: prueba de control del asma (5+ años) – Puntuación TOTAL		
TRACK: examen para el control respiratorio y del asma en niños (2 a 4 años) – Puntuación TOTAL		
Número de visitas al departamento de emergencias (DE) debido al asma (Punto de referencia: últimos 12 meses; 3 meses: últimos 3 meses).		
Número de visitas al hospital debidas al asma (Punto de referencia: últimos 12 meses; 3-meses: últimos 3 meses)		
Número de visitas a la consulta del médico no programadas o a la sala de urgencias por empeoramiento de los síntomas del asma en los últimos 3 meses.		
Número de días ausentes de la escuela o trabajo debido al asma (Punto de referencia: últimos 12 meses; 3 meses: últimos 3 meses)		
¿Tiene un plan de acción escrito para el asma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se puso una vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el cliente un médico de cabecera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si el cliente no tiene un médico de cabecera, ¿se le derivó a un médico de cabecera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No