

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_

## PARA LOS PACIENTES:

# Tome la Prueba de Control del Asma (Asthma Control Test™ – ACT) para personas de 12 años de edad en adelante.

Averigüe su puntaje. Comparta sus resultados con su médico.

**Paso 1** Anote el número correspondiente a cada respuesta en el cuadro de la derecha.

**Paso 2** Sume todos los puntos en los cuadros para obtener el total.

**Paso 3** Llévele la prueba a su doctor para hablar sobre su puntaje total.

1. En las últimas <b>4 semanas</b> , ¿cuánto tiempo le ha impedido su <b>asma</b> hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?					<b>PUNTAJE</b>
Siempre (1)	La mayoría del tiempo (2)	Algo del tiempo (3)	Un poco del tiempo (4)	Nunca (5)	<input type="text"/>
2. Durante las últimas <b>4 semanas</b> , ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?					<input type="text"/>
Más de una vez al día (1)	Una vez por día (2)	De 3 a 6 veces por semana (3)	Una o dos veces por semana (4)	Nunca (5)	<input type="text"/>
3. Durante las últimas <b>4 semanas</b> , ¿con qué frecuencia sus síntomas del <b>asma</b> (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?					<input type="text"/>
4 o más noches por semana (1)	2 ó 3 veces por semana (2)	Una vez por semana (3)	Una o dos veces (4)	Nunca (5)	<input type="text"/>
4. Durante las últimas <b>4 semanas</b> ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?					<input type="text"/>
3 o más veces al día (1)	1 ó 2 veces al día (2)	2 ó 3 veces por semana (3)	Una vez por semana o menos (4)	Nunca (5)	<input type="text"/>
5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las <b>últimas 4 semanas</b> ?					<input type="text"/>
No controlada, en absoluto (1)	Mal controlada (2)	Algo controlada (3)	Bien controlada (4)	Completamente controlada (5)	<input type="text"/>
<small>Derechos de autor 2002, por QualityMetric Incorporated Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.</small>					<b>TOTAL</b>
					<input type="text"/>

**Si obtuvo 19 puntos o menos, es posible que su asma no esté tan bien controlada como podría. Hable con su médico.**

## PARA LOS MÉDICOS:

### La Prueba ACT:

- Ha sido convalidada clínicamente por espirometría y evaluaciones de especialistas<sup>1</sup>
- Tiene el apoyo de la American Lung Association (Asociación Americana del Pulmón)
- Consiste en un breve cuestionario de 5 preguntas al que el paciente responde independientemente y que puede ayudarle al médico a evaluar el asma de sus pacientes durante las últimas 4 semanas.

Referencia: 1. Nathan RA et al. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:59-65.

### To be completed by clinic:

CMA administered

CMA comments: \_\_\_\_\_