

**¿Tienes Asma (Dificultad respiratoria)?**

**Sí**

**No**

<i>Durante la última semana ...</i>	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1. ... debido al asma me desperté por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... tuve ruidos o pitos al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... tuve miedo a un ataque de asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... acabé hasta las narices de los inhaladores y los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... por culpa del asma me avergoncé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... por culpa del asma estuve descontento conmigo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... por culpa del asma en mi casa hubo discusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... por culpa del asma mis padres me prohibieron cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... por culpa del asma mis compañeros se metieron conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... por culpa del asma mis compañeros pasaron de mí cuando hacían algo juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... a causa del asma tuve problemas para concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... en el deporte fui tan bueno como mis amigos o compañeros de clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Con qué frecuencia tuviste dificultad respiratoria (Asma) la última semana?

Nunca       Rara vez       A veces       A menudo       Siempre

14. ¿Cómo fueron de fuertes tus ataques de asma la última semana?

Nada       Algo       Moderadamente       Mucho       Muchísimo

15. ¿Cuánto te molestaron tus ataques de asma la última semana?

Nada       Algo       Moderadamente       Mucho       Muchísimo