

¿Su hijo/a tiene Asma?

Si

No

<i>Durante la última semana ...</i>	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1. ... debido al asma mi hijo/a se despertó por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mi hijo/a tuvo ruidos o pitos al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mi hijo/a tuvo miedo a un ataque de asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mi hijo/a acabó harto de los inhaladores y los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... mi hijo/a por culpa del asma se avergonzó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... por culpa del asma mi hijo/a estuvo descontento consigo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... por culpa del asma tuvimos discusiones en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... debido al asma a mi hijo/a le prohibí cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... debido al asma sus compañeros se metieron con él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... debido al asma sus compañeros pasaron de él cuando hacían algo juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... por culpa del asma mi hijo/a tuvo problemas para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... en el deporte mi hijo/a fue tan bueno como sus amigos o compañeros de clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Con qué frecuencia tuvo su hijo/a ataques de asma la última semana?

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

14. ¿Cómo fueron de fuertes los ataques de asma de su hijo/a la última semana?

Nada Algo Moderadamente Mucho Muchísimo

15. ¿Cuánto le molestaron a su hijo/a los ataques de asma la última semana?

Nada Algo Moderadamente Mucho Muchísimo