



### Preguntas clave

Éstas son algunas ideas para hablar con el médico. Despréndalas y llévalas a su próximo control del asma.

#### ¿Qué debo saber?

- ¿Qué es el asma?
- ¿Qué empeora mi asma?
- ¿Puedo saber si voy a sufrir un ataque de asma?
- ¿Siempre tendré asma?

#### ¿Cómo puedo mantener mi asma controlada?

- ¿Cómo y cuándo debo tomar mis medicamentos para el asma?
- ¿Qué tipos de medicamentos para el asma estoy tomando (de alivio rápido, de control, etc.)?
- ¿Qué puedo hacer en casa, en el trabajo o en la escuela para que mi asma mejore?
- ¿Tengo que restringir algunas de mis actividades?
- ¿Cuándo debería obtener asistencia para el asma de parte de un médico u hospital?
- ¿Con qué frecuencia debo visitar al médico para los controles del asma?

#### ¿Por qué me ayudará esto?

- ¿Por qué debo mantenerme alejado de mis factores desencadenantes del asma?
- ¿Por qué es importante tomar los medicamentos del modo indicado?
- ¿Qué puedo esperar que suceda si hago todas, o la mayoría de estas cosas?
- ¿Qué puedo esperar que suceda si no las hago?

### Registro de factores desencadenantes

Use copias de esta hoja para llevar un control de sus factores desencadenantes. Llévela a su próximo control del asma.

¿Dónde me encontraba yo cuando empeoró mi asma?



Hogar



Trabajo



Escuela



Afuera

Otro : \_\_\_\_\_

¿Cuándo empeoró mi asma?



Por la mañana



Por la tarde



Al anochecer



Por la noche

¿Qué había a mi alrededor o qué estaba haciendo cuando empeoró mi asma?



Humo



Mascotas



Plagas



Comida



Limpiando



Polvo



Resfriados/gripe



Moho



Haciendo ejercicio



Clima caluroso o frío



Durmiendo



Riendo

Otro : \_\_\_\_\_

¿Cómo fueron mis síntomas?



OK

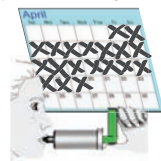


Leves

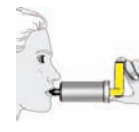


Intensos

¿Qué hice hoy con respecto a mi asma?



Medicamento de control



Medicamento de alivio rápido



Médico

### Registro de factores desencadenantes

Use copias de esta hoja para llevar un control de sus factores desencadenantes. Llévela a su próximo control del asma.

¿Dónde me encontraba yo cuando empeoró mi asma?



Hogar



Trabajo



Escuela



Afuera

Otro : \_\_\_\_\_

¿Cuándo empeoró mi asma?



Por la mañana



Por la tarde



Al anochecer



Por la noche

¿Qué había a mi alrededor o qué estaba haciendo cuando empeoró mi asma?



Humo



Mascotas



Plagas



Comida



Limpiando



Polvo



Resfriados/gripe



Moho



Haciendo ejercicio



Clima caluroso o frío



Durmiendo



Riendo

Otro : \_\_\_\_\_

¿Cómo fueron mis síntomas?



OK

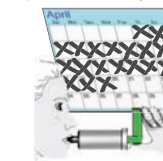


Leves



Intensos

¿Qué hice hoy con respecto a mi asma?



Medicamento de control



Medicamento de alivio rápido



Médico

## Registro de factores desencadenantes

Use copias de esta hoja para llevar un control de sus factores desencadenantes. Llévela a su próximo control del asma.

¿Dónde me encontraba yo cuando empeoró mi asma?



Hogar



Trabajo



Escuela



Afuera

Otro : \_\_\_\_\_

¿Cuándo empeoró mi asma?



Por la mañana



Por la tarde



Al anochecer



Por la noche

¿Qué había a mi alrededor o qué estaba haciendo cuando empeoró mi asma?



Humo



Mascotas



Plagas



Comida



Limpiando



Polvo



Resfriados/gripe



Moho



Haciendo ejercicio



Clima caluroso o frío



Durmiendo



Riendo

Otro : \_\_\_\_\_

¿Cómo fueron mis síntomas?



OK

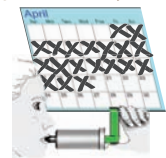


Leves



Intensos

¿Qué hice hoy con respecto a mi asma?



Medicamento de control



Medicamento de alivio rápido



Médico

## Registro de factores desencadenantes

Use copias de esta hoja para llevar un control de sus factores desencadenantes. Llévela a su próximo control del asma.

¿Dónde me encontraba yo cuando empeoró mi asma?



Hogar



Trabajo



Escuela



Afuera

Otro : \_\_\_\_\_

¿Cuándo empeoró mi asma?



Por la mañana



Por la tarde



Al anochecer



Por la noche

¿Qué había a mi alrededor o qué estaba haciendo cuando empeoró mi asma?



Humo



Mascotas



Plagas



Comida



Limpiando



Polvo



Resfriados/gripe



Moho



Haciendo ejercicio



Clima caluroso o frío



Durmiendo



Riendo

Otro : \_\_\_\_\_

¿Cómo fueron mis síntomas?



OK

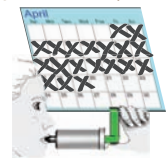


Leves

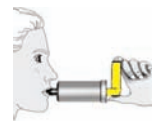


Intensos

¿Qué hice hoy con respecto a mi asma?



Medicamento de control



Medicamento de alivio rápido



Médico

## Registro de factores desencadenantes

Use copias de esta hoja para llevar un control de sus factores desencadenantes. Llévela a su próximo control del asma.

¿Dónde me encontraba yo cuando empeoró mi asma?



Hogar



Trabajo



Escuela



Afuera

Otro : \_\_\_\_\_

¿Cuándo empeoró mi asma?



Por la mañana



Por la tarde



Al anochecer



Por la noche

¿Qué había a mi alrededor o qué estaba haciendo cuando empeoró mi asma?



Humo



Mascotas



Plagas



Comida



Limpiando



Polvo



Resfriados/gripe



Moho



Haciendo ejercicio



Clima caluroso o frío



Durmiendo



Riendo

Otro : \_\_\_\_\_

¿Cómo fueron mis síntomas?



OK

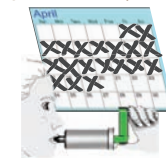


Leves

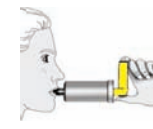


Intensos

¿Qué hice hoy con respecto a mi asma?



Medicamento de control



Medicamento de alivio rápido



Médico