

March 2011

**Baseline Parent/Caregiver Survey,
MCAN Care Coordination Initiative**
English & Spanish Versions

Prepared for

Floyd Malveaux, MD, PhD
Executive Director
Merck Childhood Asthma Network, Inc.
1400 K Street, NW, Suite 750
Washington, DC 20005
Phone (202) 326-5200
Fax (202) 326-5201

Prepared by



NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

Parent/Caregiver Baseline Survey MCAN Phase Two Cross-Site Evaluation

Interview information

Patient ID {uniqueID} _____
Date administered, {date1} ____/____/____
MM/DD/Y Y Y Y
Date completed, {date2} ____/____/____
(ONLY IF APPLICABLE) MM/DD/Y Y Y Y

Survey Administration Method {method}:

- 1 Telephone
- 2 In-person by interviewer
- 3 Other, specify {method_t} _____

Interviewer name {IXname} _____

Notes {notes}

IMPORTANT NOTE:
RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.
INTERVIEWER MAY PROMPT WITH EXAMPLE RESPONSE OPTIONS IF NEEDED.

PLEASE CHECK ONE BOX TO INDICATE HOW CHILD WAS RECRUITED:

Philadelphia {rec_phi}

- 1 CHOP emergency department
- 2 CHOP primary care provider
- 3 CHOP social worker
- 4 CHOP PCP practice nurse
- 5 School nurse
- 6 Self referred
- 7 Inpatient
- 8 Other, specify {rec_phi_t} _____

Chicago {rec_chi}

- 1 School
- 2 Doctor
- 3 Patient referral
- 4 Community referral
- 5 Other, specify {rec_chi_t} _____

Los Angeles {rec_los}

- 1 Breathmobile
- 2 School nurse
- 3 School attendance counselor
- 4 School principal
- 5 School district doctors
- 6 P.E. teachers
- 7 Parent
- 8 Other, specify {rec_los_t} _____

Puerto Rico {rec_pue}

- 1 School
- 2 Community
- 3 Parent or participant referral
- 4 Doctor—PCP or local clinic
- 5 Emergency room
- 6 Secondary utilization data
- 7 Other, specify {rec_pue_t} _____

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

ASTHMA DIAGNOSIS

Interviewer asks parent:

A1. Has a doctor or other medical professional diagnosed [child's name] with asthma?

- 1 Yes
- 2 No
- 88 Don't know
- 99 Refused

IF ASTHMA DIAGNOSIS WAS CONFIRMED THROUGH MEDICAL RECORDS, INTERVIEWER MAY CHECK "YES" BOX INSTEAD OF ASKING THIS QUESTION.

MEDICINES

[INTERVIEWER READS TRANSITION SENTENCES IF NEEDED AND APPROPRIATE] **We would like to ask you a few questions about prescription medicines [child's name] may take for [his/her] asthma. These are medicines a doctor has prescribed or given for [child's name]'s asthma.**

B1. Please tell me the names of prescription medicines your child takes for asthma and whether each is supposed to be taken every day or as needed:

- 1 None
- 88 Don't know
- 99 Refused

DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT; ADD MORE LINES IF CHILD TAKES MORE THAN SIX MEDICINES FOR ASTHMA.

IF RESPONDENT ANSWERS "INHALER," ASK FOR THE NAME OF THE INHALER.

Name of Medicine	Visually confirmed by interviewer?	Is [<i>name of med</i>] supposed to be taken every day, or as needed?
B1_1 Medicine 1	B1_1a 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	B1_1b 1 <input type="checkbox"/> Every day 2 <input type="checkbox"/> As needed 88 <input type="checkbox"/> Don't know 99 <input type="checkbox"/> Refused
B1_2 Medicine 2	B1_2a 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	B1_2b 1 <input type="checkbox"/> Every day 2 <input type="checkbox"/> As needed 88 <input type="checkbox"/> Don't know 99 <input type="checkbox"/> Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

Name of Medicine	Visually confirmed by interviewer?	Is [<i>name of med</i>] supposed to be taken every day, or as needed?
B1_3 Medicine 3	B1_3a 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	B1_3b 1 <input type="checkbox"/> Every day 2 <input type="checkbox"/> As needed 88 <input type="checkbox"/> Don't know 99 <input type="checkbox"/> Refused
B1_4 Medicine 4	B1_4a 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	B1_4b 1 <input type="checkbox"/> Every day 2 <input type="checkbox"/> As needed 88 <input type="checkbox"/> Don't know 99 <input type="checkbox"/> Refused
B1_5 Medicine 5	B1_5a 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	B1_5b 1 <input type="checkbox"/> Every day 2 <input type="checkbox"/> As needed 88 <input type="checkbox"/> Don't know 99 <input type="checkbox"/> Refused
B1_6 Medicine 6	B1_6a 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	B1_6b 1 <input type="checkbox"/> Every day 2 <input type="checkbox"/> As needed 88 <input type="checkbox"/> Don't know 99 <input type="checkbox"/> Refused

B2. Does [*child's name*] take any other treatments for asthma that aren't prescribed by a doctor? These would be home remedies or medicines that don't require a prescription and may be purchased over the counter from stores like supermarkets or drugstores.

- 1 Yes
2 No
88 Don't know
99 Refused

→ If yes: What is the name of the remedy or medicine?

B2_1 Medicine/remedy 1 _____

B2_1a Visually confirmed by interviewer? Y N

B2_1b Is [*name of med or remedy*] supposed to be taken every day, or as needed?

- 1 Every day
2 As needed
88 Don't know
99 Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

B2_2. Medicine/remedy 2 _____

B2_2a Visually confirmed by interviewer? Y N

B2_2b Is [*name of med or remedy*] supposed to be taken every day, or as needed?

- 1 Every day
- 2 As needed
- 88 Don't know
- 99 Refused

3. For a lot of reasons, many people don't always take medicines the way their doctor tells them to. In the past 14 days, how many days has [*child's name*] not taken [*his/her*] daily asthma medicine?

_____ Days [range 0-14]

- 77 Does not apply [child does not take daily asthma medicines]
- 88 Don't know
- 99 Refused

B3a. What was the main reason it was not taken? [DO NOT READ RESPONSE OPTIONS; CHECK ONLY ONE RESPONSE]

- 1 Forgot
- 2 Couldn't afford to buy medicine
- 3 Worried about side effects
- 4 Prescription ran out and didn't seek new one from health care provider
- 5 Couldn't get medicine (i.e., no transportation to store, lost prescription)
- 6 Does not think medicine is effective
- 7 Child refused to take
- 8 Other, {B3a_t} _____
- 9 Not applicable
- 88 Don't know
- 99 Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

B4. During the past 14 days, how many days did [*child's name*] use [*his/her*] quick-relief or rescue medicine (by pump or machine) to help stop asthma symptoms like wheezing, shortness of breath, tightness in the chest, or cough?

IF PARENT DOESN'T UNDERSTAND, GIVE THIS DEFINITION: "Quick-relief medicines, also called rescue medicines, relieve or stop asthma symptoms once they have started. A common quick-relief medicine is called Albuterol."

A DAY IS A 24-HOUR PERIOD. MULTIPLE EPISODES IN 24 HOURS EQUALS ONE DAY.

_____ days [range 0-14]

77 Does not apply [child does not take rescue medicines]

88 Don't know

99 Refused

SYMPTOMS AND FUNCTIONING

[INTERVIEWER READS TRANSITION SENTENCES IF NEEDED AND APPROPRIATE] **The next few questions are about [*child's name*] health in the last month, that is, the past 4 weeks, since [give respondent the date 1 month prior to today]. Some questions are about your child's asthma during the day and some questions are about your child's asthma during the night.**

C1. During the last four weeks, how many days did [*child's name*] have any daytime asthma symptoms (like wheezing, shortness of breath, tightness in the chest, or cough)?

_____ days [range 0-31]

88 Don't know

99 Refused

IF THE CHILD HAD MULTIPLE EPISODES DURING THE DAY, PLEASE COUNT THAT AS ONE (1) DAY.

C2. During the last four weeks, how many nights did [*child's name*] wake up during the night because of asthma?

_____ nights [range 0-31]

88 Don't know

99 Refused

IF THE CHILD AWAKENED MORE THAN ONCE DURING THE SAME NIGHT, COUNT AS ONE (1) NIGHT.

C3. In the last four weeks, on how many days did [*child's name*] have to slow down or stop [*his/her*] play or activities because of asthma symptoms: shortness of breath, wheezing, tightness in the chest, or cough?

_____ days [range 0-31]

88 Don't know

99 Refused

IF THE CHILD HAD TO SLOW DOWN OR STOP MULTIPLE TIMES IN THE SAME DAY, COUNT AS ONE (1) DAY.

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

C4. There are many reasons children sometimes stay home from school, preschool or daycare. During the past twelve (12) months, how many days did [child's name] miss school, preschool or daycare due to asthma?

_____ days [range 0-365]

777 NA (child does not attend school, preschool, or daycare)

888 Don't know

999 Refused

C5. In the past 12 months, on how many days did you [or other caregivers] have to miss work to care for [child's name]'s asthma?

_____ days [range 0-365]

777 NA (parent or caregiver does not work outside the home)

888 Don't know

999 Refused

HEALTH CARE UTILIZATION

D1. In the past twelve (12) months, how many times has [child's name] made unscheduled visits to the doctor's office or clinic for urgent asthma care?

_____ times [range 0-365]

888 Don't know

999 Refused

D2. In the past twelve (12) months, how many times has [child's name] been treated in the Emergency Department or ER for asthma?

_____ times [range 0-365]

888 Don't know

999 Refused

D3. In the past twelve (12) months, how many times has [child's name] been admitted to a hospital for asthma and had to stay overnight for one or more nights?

_____ times [range 0-365]

888 Don't know

999 Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

D3a. How many days was [child's name] in the hospital, for each time [he/she] was hospitalized?

D3a_1 Hospitalization 1 _____ days

888 Don't know

999 Refused

D3a_2 Hospitalization 2 _____ days

888 Don't know

999 Refused

D3a_3 Hospitalization 3 _____ days

888 Don't know

999 Refused

D3a_4 Hospitalization 4 _____ days

888 Don't know

999 Refused

CARE COORDINATION

[INTERVIEWER READS TRANSITION SENTENCES IF NEEDED AND APPROPRIATE] **The next questions are about some of your experiences when seeking and receiving medical care for [child's name]'s asthma.**

E1. At the last visit to a health care provider for [child's name]'s asthma, did anyone tell you *when* your child will need to be seen again by a doctor or other health care provider?

- 1 Yes
2 No
88 Don't know
99 Refused

"HEALTH CARE PROVIDER" CAN BE A DOCTOR, NURSE, HEALTH EDUCATOR, COMMUNITY HEALTH WORKER, RESPIRATORY THERAPIST, MEDICAL TECHNICIAN, PHYSICIAN ASSISTANT, RECEPTIONIST AT CLINIC, ETC.

E1a. Who was that person? [DO NOT READ RESPONSES; CHECK ALL THAT APPLY]

E1a_1 Doctor

E1a_2 Nurse

E1a_3 Health educator or navigator

E1a_4 Receptionist

E1a_5 No one

E1a_6 Other, please specify {E1a_6t} _____

E1a_DK Don't know

E1a_RF Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

E2. The last time you took [child's name] to a health care provider for asthma, did someone tell you why your child needed to be seen again by a doctor or other health care provider?

- 1 Yes
- 2 No
- 88 Don't know
- 99 Refused

E2a. Who was that person? [DO NOT READ RESPONSES; CHECK ALL THAT APPLY]

- E2a_1 Doctor
- E2a_2 Nurse
- E2a_3 Health educator or navigator
- E2a_4 Receptionist
- E2a_5 No one
- E2a_6 Other, please specify {E2a_6t} _____
- E2a_DK Don't know
- E2a_RF Refused

E3. Do [child's name]'s doctors or other health care providers communicate with [his/her] school, early intervention program, or child care providers?

- 1 Yes
- 2 No
- 77 Not applicable because child not in school / program / child care
- 88 Don't know
- 99 Refused

E3a. Who communicates with the school, early intervention program, or child care providers? [DO NOT READ RESPONSES; CHECK ALL THAT APPLY]

- E3a_1 Doctor
- E3a_2 Nurse
- E3a_3 Health educator or navigator
- E3a_4 Receptionist
- E3a_5 No one
- E3a_6 Other, please specify {E3a_6t} _____
- E3a_DK Don't know
- E3a_RF Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

E4. Has a health care provider visited your home to talk with you about [child's name]'s asthma in the last 12 months?

- 1 Yes
- 2 No
- 88 Don't know
- 99 Refused

"HEALTH CARE PROVIDER" CAN BE A DOCTOR, NURSE, HEALTH EDUCATOR, COMMUNITY HEALTH WORKER, RESPIRATORY THERAPIST, MEDICAL TECHNICIAN, PHYSICIAN ASSISTANT, RECEPTIONIST AT CLINIC. ETC.

E4a. Who was that person? [DO NOT READ RESPONSES; CHECK ALL THAT APPLY]

- E4a_1 Doctor
- E4a_2 Nurse
- E4a_3 Health educator or navigator
- E4a_4 Receptionist
- E4a_5 No one
- E4a_6 Other, please specify {E4a_6t} _____
- E4a_DK Don't know
- E4a_RF Refused

E5. Have you or [child's name] participated in asthma education in a place like a health clinic, a neighborhood center, a BreathMobile, or school in the last 12 months?

- 1 Yes
- 2 No
- 88 Don't know
- 99 Refused

E6. During the past 12 months, did you get as much help as you wanted from a health care provider with coordinating [child's name]'s asthma care (e.g., scheduling visits, getting referrals, getting information, getting prescriptions, etc): [READ THE RESPONSES: NONE OF THE TIME, A LITTLE OF THE TIME, MOST OF THE TIME, ALWAYS]

- 1 None of the time
- 2 A little of the time
- 3 Most of the time
- 4 Always
- 88 Don't Know
- 99 Refused

E6a. If not, what other help do you need?

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

E7. How well have your goals for managing [*child's name*]'s asthma been met? [READ THE RESPONSES: NOT AT ALL, SOME, A LOT, COMPLETELY]

- 1 Not at all
- 2 Some
- 3 A lot
- 4 Completely
- 88 Don't know
- 99 Refused

I am going to say the following statements as if I were you. Thinking about your experiences in the last 12 months, please tell me how much you agree or disagree with each statement.

READ THE FOLLOWING RESPONSES AFTER EACH STATEMENT:

STRONGLY DISAGREE, DISAGREE, AGREE, STRONGLY AGREE

E8. If my child had difficulties because of asthma he/she could see a health care provider without any problem.

- 1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
- 88 Don't Know 99 Refused

E9. It was easy to get my child's asthma care provider for asthma on the phone.

- 1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
- 88 Don't Know 99 Refused

E10. My child's asthma problems were carefully explained to me by a health care provider.

- 1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
- 88 Don't Know 99 Refused

E11. I trust the doctors, nurses and community health workers who gave my child care for asthma.

- 1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
- 88 Don't Know 99 Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

E12. My child could see a specialist for asthma when he/she needed one.

- 1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
88 Don't Know 99 Refused

E13. [Child's name]'s different health care providers worked together as a team and communicated with each other regarding my child's asthma. Do you:

- 1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
88 Don't Know 99 Refused

E14. I felt like I'm an important part of the team that cares for [child's name]'s asthma. Do you:

- 1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
88 Don't Know 99 Refused

E15. All things considered, I was satisfied with the asthma care my child got from health care providers in the last 12 months.

- 1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
88 Don't Know 99 Refused

ASTHMA ACTION PLAN

F1. Do you have a written asthma action plan for [child's name]?

- 1 Yes
2 No
88 Don't know
99 Refused

IF A DEFINITION OF AAP IS NEEDED: "An asthma action plan is a printed form that tells you when to increase medicine, when to take other medicine, when to call the doctor for advice, and when to go to the emergency room."

F2. Who gave the written asthma action plan to you? [CHECK ALL THAT APPLY]

- F2_1 Doctor
F2_2 Nurse at clinic or doctor's office
F2_3 School nurse
F2_4 Community health worker or educator / navigator
F2_6 Other, specify {F2_6t} _____
F2_DK Don't know
F2_RF Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

F3. Do you have a copy of the asthma action plan at home?

- 1 Yes
2 No
88 Don't know
99 Refused

F4. Who else has a copy of the action plan? [CHECK ALL THAT APPLY]

- F4_1 Doctor
F4_2 Child's school or daycare
F4_3 Other family caretakers
F4_4 Other, please specify {F4_4t} _____
F4_DK Don't know
F4_RF Refused

F5. In the past 12 months, when you saw a health care professional for [child's name]'s asthma care, how often did he or she discuss the written action plan with you? [READ THE RESPONSES: NONE OF THE TIME, A LITTLE OF THE TIME, MOST OF THE TIME, ALWAYS]

- 1 None of the time 2 A little of the time 3 Most of the time 4 Always
88 Don't Know 99 Refused

F6. In the past 12 months, how often did you use the written asthma action plan to decide what to do when there were changes in [child's name]'s asthma symptoms? [READ THE RESPONSES: NONE OF THE TIME, A LITTLE OF THE TIME, MOST OF THE TIME, ALWAYS]

- 1 None of the time 2 A little of the time 3 Most of the time 4 Always
88 Don't Know 99 Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

I am going to read you some statements about what you may know and do to manage [child's name]'s asthma, plus some questions about how you feel. Please tell me how much you agree or disagree after I read each statement:

READ THE FOLLOWING RESPONSES AFTER EACH STATEMENT:

STRONGLY DISAGREE, DISAGREE, AGREE, STRONGLY AGREE

F7. I know the correct way for [child's name] to take [his/her] asthma medicines. Do you:

1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
88 Don't Know 99 Refused

F8. I know which medicines to give my child when [he/she] is having a serious breathing problem. Do you:

1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
88 Don't Know 99 Refused

F9. Once my child starts wheezing or coughing, I can keep [his/her] symptoms from getting worse. Do you:

1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
88 Don't Know 99 Refused

F10. I know when [child's name] breathing problems are serious enough to go to the emergency room. Do you:

1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
88 Don't Know 99 Refused

F11. I know what kinds of things in the home may trigger asthma symptoms in my child and how to remove or reduce those triggers.

1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
88 Don't Know 99 Refused

F12. I can successfully manage my child's asthma. Do you:

1 Strongly Disagree 2 Disagree 3 Agree 4 Strongly Agree
88 Don't Know 99 Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

DEMOGRAPHICS

[INTERVIEWER READS TRANSITION SENTENCES IF NEEDED AND APPROPRIATE]

Some of the questions we are now going to ask you may seem personal. You do not have to answer any questions that you feel uncomfortable answering. However, your answers to these questions will help [name of site's program] to learn more about asthma and about the health and well-being of children living in our community.

G1. What is [child's name]'s date of birth?

___/___/___ [E.G., 12/31/1999]

MM/DD/YYYY

G1a. Don't know or refused [INTERVIEWER ESTIMATES AGE _____]

G2. What is [child's name]'s gender?

- 1 Male
2 Female

NO NEED TO ASK, JUST MARK
APPROPRIATE RESPONSE.

G3. What is your relationship to [child's name]?

- 1 Mother
2 Father
3 Grandmother
4 Grandfather
5 Aunt
6 Uncle
7 Other, specify {G3_t} _____
88 Don't know
99 Refused

G4. How do you describe [child's name]'s race, nationality, or ethnic background? [CHECK ONLY ONE BOX]

- 1 Hispanic, specify [OPTIONAL] {G4_t1} _____
2 Black/African American
3 White
4 Asian
5 Mixed, specify {G4_t5} _____
6 Native American
7 Other, specify {G4_7t} _____
88 Don't know
99 Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

G5. What language(s) do you speak at home? [CHECK ONLY ONE BOX]

- 1 English
- 2 Spanish
- 3 Both English and Spanish
- 4 Other, specify {G5_t}_____
- 88 Don't know
- 99 Refused

G6. What is the highest level of school you have attended? [CHECK ONLY ONE BOX]

- 6 Did not attend school
- 1 Grade school
- 2 Middle school or junior high
- 3 High school
- 4 College
- 5 Post-college
- 88 Don't know
- 99 Refused

DO NOT READ OPTIONS. PROMPT AS NEEDED TO DETERMINE CORRECT CATEGORY.

G7. Does [*child's name*] have health or medical insurance?

- 1 Yes
- 2 No
- 88 Don't know
- 99 Refused

G8. What type of health insurance does [*child's name*] have?

[IF CHILD HAS NO INSURANCE; JUST CHECK "NONE"; DO NOT ASK]

- 1 None
- 2 Medicaid, [*SPECIFY NAME(S) USED LOCALLY*] {G8_2t}_____
- 3 Private insurance, specify{G8_3t}_____
- 88 Don't know
- 99 Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

ENVIRONMENTAL TRIGGERS:

H1. Does anyone who lives in the same home as [child's name] smoke cigarettes, cigars, or pipes anywhere inside the home or in the car when [child's name] is there?

- 1 Yes
- 2 No
- 88 Don't know
- 99 Refused

H2. Sometimes families try to keep their child with asthma away from smoke. What have you done to reduce the amount of smoke your child is around? [DO NOT READ RESPONSES; CHECK ALL THAT APPLY]

- H2_1 Don't let anyone smoke around my child
 - H2_2 Don't let anyone smoke in the car when child is in it
 - H2_3 Don't let anyone smoke in the house
 - H2_4 Don't let anyone smoke in the house when child is home
 - H2_5 Don't let anyone smoke in child's bedroom
 - H2_6 Don't let anyone smoke in child's bedroom and keep door closed
 - H2_7 Ask friends and family members to smoke outside
 - H2_8 Ask family members to smoke in a room where child does not usually spend time
 - H2_9 Try to increase ventilation in the house by opening windows and/or doors
 - H2_10 Don't sit in smoking sections of public places
 - H2_11 Talked to people in homes or places where my child spends a lot of time about smoking is bad for asthma
 - H2_12 Person(s) who smoke have enrolled in a program to stop smoking
 - H2_13 Other
- {H2_13t} _____
- _____
- _____

- H2_DK Don't know
- H2_RF Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

H3. Problems with roaches are common in most cities. How much of a problem are roaches in your home? [READ FIRST FOUR RESPONSE OPTIONS]

- 1 A severe problem
- 2 A moderate problem
- 3 A small problem
- 4 No problem at all
- 88 Don't know
- 99 Refused

H4. Has a medical professional tested [*child's name*] to see if roaches affect [*his/her*] asthma?

- 1 Yes → what did the test show? 1.1 Affects child 1.2 Does not affect child
- 2 No
- 88 Don't know
- 99 Refused

↓
DO NOT ASK H5; CHECK "NA" in H5

H5. Have you done anything to get rid of roaches or keep roaches out of your home? What have you done? [DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT] [CHECK ALL THAT APPLY]

- H5_1 NA (not applicable because child not sensitive)
- H5_2 Clean dirty dishes soon after using them
- H5_3 Clean spilled food or liquids right way
- H5_4 Store food in closed containers
- H5_5 Keep trash in a closed container
- H5_6 Remove trash from home every day
- H5_7 Poison baits, gels, powders, paste, boric acid, traps
- H5_8 Sprays
- H5_9 Sprays—keep child away until odor goes away
- H5_10 Other
{H5_10t} _____

- H5_11 Nothing
- H5_DK Don't know
- H5_RF Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

H6. Does your family have any furry or feathered pets?

- 1 Yes
- 2 No
- 88 Don't know
- 99 Refused

H7. Has a medical professional tested [*child's name*] to see if dander from furry or feathered animals affects [*his/her*] asthma?

- 1 Yes → what did the test show? 1.1 Affects child 1.2 Does not affect child
- 2 No
- 88 Don't know
- 99 Refused

↓
DO NOT ASK H9; CHECK "NA" in H9]

H8. Do you think that being around furry or feathered pets affects your child's asthma?

- 1 Yes
- 2 No
- 88 Don't know
- 99 Refused

H9. Have you done anything to limit any possible affects pets may have on our child's asthma symptoms? What have you done? [DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT] [CHECK ALL THAT APPLY]

- H9_1 NA (not applicable because child not sensitive)
- H9_2 Got rid of pet
- H9_3 Keep pet outside or don't allow pets in the home
- H9_4 Keep pet off furniture with fabric
- H9_5 Keep pet out of rooms with carpet and/or furniture with fabric
- H9_6 Keep pet out of child's sleeping area
- H9_7 Don't allow child near pets
- H9_8 Have child wash hands after touching pet
- H9_9 Other
- {H9_9t} _____

-
- H9_10 Nothing
 - H9_DK Don't know
 - H9_RF Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

H10. Mold and mildew sometimes grow in areas of a home that are often moist or wet. How much of a problem is mold or mildew in your home? [READ FIRST FOUR RESPONSE OPTIONS]

- 1 A severe problem
- 2 A moderate problem
- 3 A small problem
- 4 No problem at all
- 88 Don't know [DO NOT READ]
- 99 Refused [DO NOT READ]

H11. Do you think that being around mold or mildew affects [*child's name*]'s asthma?

- 1 Yes
- 2 No →

DO NOT ASK H12; CHECK "NA" in H12

- 88 Don't know
- 99 Refused

H12. Have you done anything to prevent, reduce, or get rid of mold and mildew in your home? What have you done?

[DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT; CHECK ALL THAT APPLY]

- H12_1 NA (not applicable because caregiver believes child not sensitive)
- H12_2 Make sure bathroom is well ventilated (fan, window)
- H12_3 Run a dehumidifier
- H12_4 Fix any leaky faucets, pipes, or other sources of water
- H12_5 Clean up any standing water
- H12_6 Clean things with mold or mildew
- H12_7 Get rid of moldy things
- H12_8 Other
- {H12_8t} _____

- H12_9 Nothing
- H12_DK Don't know
- H12_RF Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

H13. For many people with asthma, dust in a house can make their symptoms worse because of dust mites. Even dust that can't be seen can cause problems such as dust in carpets, stuffed animals, pillows, and mattresses. Has a doctor checked to see if dust mites are a problem for [child's name]'s asthma?

- 1 Yes → what did the test show? 1.1 Affects child 1.2 Does not affect child
2 No
88 Don't know
99 Refused

↓
DO NOT ASK H15; CHECK "NA" in H15

H14. Do you think that being around dust affects [his/her] asthma?

- 1 Yes
2 No
88 Don't know
99 Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

**H15. Have you done, or do you do anything regularly, to reduce the dust in your home?
What have you done or do regularly?**

[DO NOT READ OPTIONS TO RESPONDENT] [CHECK ALL THAT APPLY]

H15_1 NA (not applicable because child not sensitive)

Covers

H15_2 Use pillow covers made to keep out dust mites

H15_3 Use mattress cover made to keep out dust mites

H15_4 Use box spring cover made to keep out dust mites

Washing in hot water

H15_5 Wash pillow weekly in hot water (130 degrees F or higher)

H15_6 Wash sheets and blankets weekly in hot water (130 degrees F or higher)

H15_7 Regularly wash rugs in hot water (130 degrees F or higher)

H15_8 Regularly wash curtains in hot water (130 degrees F or higher)

H15_9 Wash stuffed animals weekly in hot water (130 degrees F or higher)

Flooring type and cleaning

H15_10 Make sure child sleeps in room with bare hard floors (includes removing carpeting)

H15_11 Reduce amount of carpets or rugs in home

H15_12 Regularly vacuum carpet

H15_13 Use a vacuum with a HEPA filter or a double-layered bag

H15_14 Regularly mop floors

Other

H15_15 Keep stuffed animals out of child's sleeping area

H15_16 Don't let child lie on furniture with fabric (except beds)

H15_17 Keep furniture with fabric (except beds) out of the bedroom

H15_18 Vacuum drapes regularly

H15_19 Dust regularly (wiping, not scattering)

H15_20 Frequently change the filter on the furnace or air conditioning

H15_21 Other

{H15_21t} _____

H15_22 Nothing

H15_DK Don't know

H15_RF Refused

NOTE: RESPONSE OPTIONS ARE NOT READ TO THE RESPONDENT UNLESS INDICATED AFTER THE QUESTION.

H16. What other things do you do around the house to control your child's asthma?

THANK YOU

Encuesta Base del Padre, Madre o Encargado Evaluación MCAN Fase Dos en Diferentes Localidades

Información de la entrevista

Identificación del paciente {uniqueID} _____

Fecha de la encuesta 1 {date1} ___ / ___ / ___
MM / DD / AÑO

Fecha de la encuesta 2 {date2} ___ / ___ / ___
(si aplique) MM / DD / AÑO

Método de administración del estudio {method}:

- 1 Por teléfono
2 En persona por el entrevistador
3 Otros, especifique {method_t} _____

Nombre del Entrevistador {IXname} _____

Notas {notes}

NOTAS IMPORTANTES:

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA. EL ENTREVISTADOR PUEDE DAR EJEMPLOS CON OPCIONES DE RESPUESTAS SI ES NECESARIO.

MARQUE CÓMO SE RECLUTÓ AL NIÑO (MARQUE SÓLO UNA CASILLA/UN CUADRO)

Filadelfia {rec_phi}

- 1 Departamento de emergencia de CHOP
2 Proveedor de cuidado de salud primario CHOP
3 Trabajador social de CHOP
4 Enfermera PCP de CHOP
5 Enfermera de la escuela
6 Se refirió así mismo
7 Pacientes hospitalizados
8 Otros, especifique _____

Los Ángeles {rec_los}

- 1 Equipo de respiración móvil para el asma (Breathmobile)
2 Enfermera de la escuela
3 Consejero de asistencia escolar

- 4 Director de la escuela
5 Médicos del Distrito Escolar
6 Maestros de Educación Física
7 Padre de familia
8 Otros, especifique _____

Puerto Rico {rec_pue}

- 1 Escuela
2 Comunidad
3 Referido de padres o de los participantes
4 Médico, PCP o clínica local
5 Sala de emergencia
6 Datos de utilización secundaria
7 Otros, especifique _____

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

DIAGNÓSTICO DEL ASMA

EL ENTREVISTADOR le pregunta al padre o a la madre:

A1. ¿Un médico u otro profesional de la salud le han diagnosticado asma a [nombre del niño]?

SI SE CONFIRMÓ EL DIAGNÓSTICO DE ASMA A TRAVÉS DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS, EL ENTREVISTADOR PUEDE MARCAR LA CASILLA (“EL CUADRO” EN P.R.) QUE INDICA “SÍ” EN LUGAR DE HACER ESTA PREGUNTA.

- 1 Sí
2 No
88 No lo sabe
99 Se niega a contestar

MEDICAMENTOS

[SI ES NECESARIO Y ADECUADO, EL ENTREVISTADOR LEE LAS ORACIONES DE TRANSICIÓN] **Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre los medicamentos que el médico le ha recetado a [nombre del niño] para el asma. Estos son medicamentos que el médico le ha recetado o le ha dado a [nombre del niño].**

B1. Por favor, dígame los nombres de los medicamentos que el médico le ha recetado a su niño/a para el asma y si se supone que cada uno se debe tomar todos los días o sólo cuando sea necesario:

NO LE LEA OPCIONES A LA PERSONA QUE ESTÉ RESPONDIENDO; AÑADA MÁS LÍNEAS SI EL NIÑO TOMA MÁS DE SEIS MEDICAMENTOS PARA EL ASMA.

SI LA PERSONA ENTREVISTADA RESPONDE “INHALADOR” (“POMPA” en P.R.), PREGÚNTELE EL NOMBRE DEL INHALADOR (“POMPA” en P.R.).

- 1 Ninguno
88 No lo sabe
99 Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

Nombre de la Medicina	¿Lo confirmó visualmente el entrevistador?	¿ Se supone que [<i>nombre de la medicina</i>] se tome todos los días, o sólo cuando sea necesario?
B1_1 Medicina 1	B1_1a 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	B1_1b 1 <input type="checkbox"/> Todos los días 2 <input type="checkbox"/> Cuando sea necesario 88 <input type="checkbox"/> No lo sabe 99 <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
B1_2 Medicina 2	B1_2a 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	B1_2b 1 <input type="checkbox"/> Todos los días 2 <input type="checkbox"/> Cuando sea necesario 88 <input type="checkbox"/> No lo sabe 99 <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
B1_3 Medicina 3	B1_3a 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	B1_3b 1 <input type="checkbox"/> Todos los días 2 <input type="checkbox"/> Cuando sea necesario 88 <input type="checkbox"/> No lo sabe 99 <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
B1_4 Medicina 4	B1_4a 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	B1_4b 1 <input type="checkbox"/> Todos los días 2 <input type="checkbox"/> Cuando sea necesario 88 <input type="checkbox"/> No lo sabe 99 <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
B1_5 Medicina 5	B1_5a 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	B1_5b 1 <input type="checkbox"/> Todos los días 2 <input type="checkbox"/> Cuando sea necesario 88 <input type="checkbox"/> No lo sabe 99 <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
B1_6 Medicina 6	B1_6a 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	B1_6b 1 <input type="checkbox"/> Todos los días 2 <input type="checkbox"/> Cuando sea necesario 88 <input type="checkbox"/> No lo sabe 99 <input type="checkbox"/> Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

B2. ¿Toma [*nombre del niño*] algún otro tratamiento para el asma que no sea recetado por un médico? Estos serían remedios caseros o los medicamentos que no requieren receta y que se pueden comprar en tiendas como supermercados o farmacias.

- 1 Sí
- 2 No
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

→ Si la respuesta es “Sí”, ¿cuál es el nombre del remedio o medicamento?

B2_1 Medicina 1 _____

B2_1a ¿Lo confirmó visualmente el entrevistador? S/N

B2_1b ¿Se supone que el/la [*nombre de la medicina*] se debe tomar todos los días, o sólo cuando sea necesario?

- 1 Todos los días
- 2 Cuando sea necesario
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

B2_2 Medicina 2 _____

B2_2a ¿Lo confirmó visualmente el entrevistador? S/N

B2_2b ¿Se supone que el/la [*nombre de la medicina*] se debe tomar todos los días, o sólo cuando sea necesario?

- 1 Todos los días
- 2 Cuando sea necesario
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

B3. Por diferentes razones, muchas personas no siempre toman los medicamentos de la manera en la que su médico se lo indica. En los últimos 14 días, ¿cuántos días no se ha tomado [*nombre del niño*] el medicamento para el asma que debe tomar todos los días?

_____ días [de 0 a 14 días]

- 77 No aplica [el niño no toma medicamentos para el asma todos los días]
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

B3a. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál no se lo tomó? [NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA; MARQUE SÓLO UNA CASILLA (“UN CUADRO” EN P.R.)]

- 1 Se le olvidó
- 2 No tuvo dinero para comprar la medicina
- 3 Le preocupan los efectos secundarios
- 4 Se le acabó la receta y no le pidió otra al proveedor de servicios médicos
- 5 No pudo conseguir la medicina (por ejemplo, no tuvo transportación para ir a la tienda, se le perdió la receta)
- 6 No cree que el medicamento sea eficaz
- 7 El niño se rehusó a tomarla
- 8 Otros, {B3a_t} _____
- 9 No se aplica
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

B4. Durante los últimos 14 días, ¿cuántos días usó [nombre del niño] su medicamento de alivio rápido o de rescate (por bomba o máquina) para ayudarle a aliviar los síntomas del asma como sibilancias (“pitos” en P.R.), dificultad para respirar (“falta de aire” en P.R.), opresión en el pecho, o tos?

SI EL PADRE/MADRE O ENCARGADO NO ENTIENDE, DELE ESTA DEFINICIÓN: “Los medicamentos de alivio rápido, que también se llaman medicamentos de rescate, alivian o detienen los síntomas del asma una vez que han comenzado. Una medicina común de alivio rápido se llama Albuterol”.

UN DÍA ES UN PERÍODO DE 24 HORAS. MÚLTIPLES EPISODIOS EN 24 HORAS EQUIVALEN A UN DÍA.

_____ días [de 0 a 14 días]

- 77 No aplica [el niño no toma medicamentos de rescate]
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

SÍNTOMAS Y FUNCIONAMIENTO

[EI ENTREVISTADOR LEE LAS ORACIONES DE TRANSICIÓN SI ES ADECUADO Y NECESARIO] **Las siguientes preguntas son sobre la salud de [nombre del niño] en el último mes, es decir, las últimas 4 semanas, desde que [dele a la persona que esté respondiendo la fecha de 1 mes antes del día de hoy]. Algunas preguntas son acerca del asma de su niño durante el día y algunas de las preguntas son sobre el asma de su niño/a durante la noche.**

C1. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuántos días tuvo [nombre del niño] algún síntoma de asma durante el día como sibilancias (“pitos” en P.R.), dificultad para respirar (“falta de aire” en P.R.), opresión en el pecho, o tos?

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

SI EL NIÑO TUVO EPISODIOS MÚLTIPLES DURANTE EL DÍA, POR FAVOR CUÉNTELO COMO UN (1) DÍA.

_____ días [de 0 a 31 días]

88 No lo sabe

99 Se niega a contestar

C2. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuántas noches [*nombre del niño*] se despertó durante la noche debido al asma?

SI EL NIÑO SE DESPERTÓ MÁS DE UNA VEZ EN LA MISMA NOCHE, CUÉNTELO COMO UNA (1) NOCHE.

_____ noches [de 0 a 31]

88 No lo sabe

99 Se niega a contestar

C3. En las últimas cuatro semanas, ¿cuántos días tuvo [*nombre del niño*] que dejar de jugar o hacer actividades, o llevarlas a cabo más lentamente debido a sus síntomas de asma como sibilancias (“pitos” en P.R.), dificultad para respirar (“falta de aire” en P.R.), opresión en el pecho, o tos?

SI EL NIÑO TUVO QUE DEJAR DE HACER ACTIVIDADES O LLEVARLAS A CABO MÁS LENTAMENTE MÚLTIPLES VECES DURANTE EL MISMO DÍA, CUÉNTELO COMO UN (1) DÍA.

_____ días [de 0 a 31 días]

88 No lo sabe

99 Se niega a contestar

C4. Hay muchas razones por las cuales los niños se quedan en casa y no van a la escuela(, “preschool or daycare”). Durante los últimos doce (12) meses, ¿cuántos días tuvo [*nombre del niño*] que faltar a la escuela(, “preschool or daycare”) debido al asma?

_____ días [de 0 a 365]

77 No aplica [el niño no va a la escuela(, ‘preschool or daycare’)]

888 No lo sabe

999 Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

C5. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días usted [o algún encargado(a)] tuvo que faltar al trabajo para cuidar el asma de [nombre de su niño/a]?

_____ días [rango 0-365]

77 No aplica [“parent or caregiver does not work outside the home”]

888 No lo sabe

999 Se niega a contestar

USO DE SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD

D1. En los últimos doce (12) meses, ¿cuántas veces [nombre del niño] ha hecho visitas no programadas a la oficina del médico o clínica para recibir tratamiento urgente para el asma?

_____ veces [de 0 a 365 días]

888 No lo sabe

999 Se niega a contestar

D2. En los últimos doce (12) meses, ¿cuántas veces [nombre del niño] ha recibido cuidado o tratamiento en la sala de emergencia por su problemas de asma?

_____ veces [de 0 a 365]

888 No lo sabe

999 Se niega a contestar

D3. En los últimos doce (12) meses, ¿cuántas veces [nombre del niño] tuvo que pasar una o más noches en un hospital debido a su problema de asma (change to translation of “has [nombre del niño] been admitted to the hospital for asthma and had to stay overnight for one or more nights”)?

_____ veces [de 0 a 365]

888 No lo sabe

999 Se niega a contestar

D3a. ¿Cuántos días estuvo en el hospital [nombre del niño], por cada vez que [él / ella] estuvo hospitalizado?

D3a_1 Primera hospitalización _____ días

888 No lo sabe

999 Se niega a contestar

D3a_2 Hospitalización 2 _____ días

888 No lo sabe

999 Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

D3a_3 Hospitalización 3 _____ días

888 No lo sabe

999 Se niega a contestar

D3a_4 Hospitalización 4 _____ días

888 No lo sabe

999 Se niega a contestar

COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO MÉDICO

[SI ES NECESARIO Y ADECUADO, EL ENTREVISTADOR LEE LAS ORACIONES DE TRANSICIÓN] **Las siguientes preguntas son acerca de algunas de sus experiencias al solicitar y recibir cuidado médico para el asma de *nombre del niño*.**

E1. En la última visita que hizo a un proveedor de servicios médicos por el asma de [*nombre de su niño/a*], ¿alguien le dijo cuándo necesitaría volver a ver a un médico u otro proveedor de cuidado médico?

“EL PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD” PUEDE SER UN MÉDICO, UNA ENFERMERA, UN EDUCADOR EN SALUD, TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD, PROMOTOR(A) DE SALUD, TERAPISTA RESPIRATORIO, TÉCNICO MÉDICO, ASISTENTE MÉDICO, RECEPCIONISTA EN LA CLÍNICA, ETC.

1 Sí

2 No

88 No lo sabe

99 Se niega a contestar

E1a. ¿Quién era esa persona? [NO LEA LAS RESPUESTAS, MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN]

E1a_1 Doctor

E1a_2 Enfermera

E1a_3 Educador en salud o promotor(a) de salud (“navegador” en Philly)

E1a_4 Recepcionista

E1a_5 Nadie

E1a_6 Otros, por favor especificar {E1a_6t} _____

E1a_DK No lo sabe

E1a_RF Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

E2. La última vez que llevó a [nombre del niño] a un proveedor de servicios médicos para el asma, ¿alguien le dijo por qué su niño/a necesitaba ser visto de nuevo por un médico u otro proveedor de servicios médicos?

- 1 Sí
- 2 No
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

E2a. ¿Quién era esa persona? [NO LEA LAS RESPUESTAS, MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN]

- E2a_1 Doctor
- E2a_2 Enfermera
- E2a_3 Educador en salud o promotor(a) de salud (“navegador” en Philly)
- E2a_4 Recepcionista
- E2a_5 Nadie
- E2a_6 Otros, favor de especificar {E2a_6t} _____
- E2a_DK No lo sabe
- E2a_RF Se niega a contestar

E3. ¿Los médicos o proveedores de servicios médicos de [nombre del niño], se comunican con la escuela, con su programa de intervención temprana, o con los proveedores de cuidado infantil?

- 1 Sí
- 2 No
- 77 No aplica porque el niño no está en la escuela / en un programa / en una guardería
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

E3a. ¿Quién se comunica con la escuela, con el programa de intervención temprana, con los proveedores de cuidado infantil? [NO LEA LAS RESPUESTAS, MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN]

- E3a_1 Doctor
- E3a_2 Enfermera
- E3a_3 Educador en salud o promotor(a) de salud (“navegador” en Philly)
- E3a_4 Recepcionista
- E3a_5 Nadie
- E3a_6 Otros, por favor **especificar** {E3a_6t} _____
- E3a_DK No lo sabe
- E3a_RF Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

E4. ¿En los últimos 12 meses ha recibido alguna visita de un proveedor de salud para hablar con usted acerca del asma de [nombre del niño]?

UN “PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD” PUEDE SER UN DOCTOR, ENFERMERA, EDUCADOR DE LA SALUD, TRABAJADOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD, PROMOTOR(A) DE SALUD, TERAPESTA RESPIRATORIO, TÉCNICO MÉDICO, ASISTENTE MÉDICO, RECEPCIONISTA EN LA CLÍNICA, ETC.

- 1 Sí
2 No
88 No lo sabe
99 Se niega a contestar

E4a. ¿Quién era esa persona? [NO LEA LAS RESPUESTAS, MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN]

- E4a_1 Doctor
E4a_2 Enfermera
E4a_3 Educador en salud o promotor(a) de salud (“navegador” en Philly)
E4a_4 Recepcionista
E4a_5 Nadie
E4a_6 Otros, por favor especificar {E4a_6t} _____
E4a_DK No lo sabe
E4a_RF Se niega a contestar

E5. ¿Usted o [nombre del niño] participó en un programa de educación sobre el asma en un lugar como una clínica de salud, un centro comunal, una unidad móvil de respiración para el asma (Breathmobile) o en la escuela en los últimos 12 meses?

- 1 Sí
2 No
88 No lo sabe
99 Se niega a contestar

E6. Durante los últimos 12 meses, ¿recibió toda la ayuda que quería de un proveedor de cuidados de salud para coordinar los servicios de cuidado médico para el asma de [nombre del niño] [(por ejemplo, la programación de visitas, referidos, información, recetas, etc.)]?: [LEA LAS RESPUESTAS: NUNCA, SÓLO PARTE DEL TIEMPO, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, SIEMPRE]

- 1 Nunca 2 Sólo parte del tiempo 3 La mayor parte del tiempo
4 Siempre 88 No lo sabe 99 Se niega a contestar

E6a. Si no es así, ¿qué otra ayuda necesita?

E7. ¿ Qué tan bien se han cumplido sus metas para manejar el asma de [nombre del niño]? [LEA LAS RESPUESTAS: NADA, ALGO, MUCHO, POR COMPLETO]

- 1 En Nada
- 2 Algo
- 3 Mucho
- 4 Por completo
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

Voy a decir las siguientes declaraciones como si yo fuera usted. Pensando en sus experiencias en los últimos 12 meses, por favor dígame qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada declaración.

LEA LAS RESPUESTAS SIGUIENTES DESPUÉS DE CADA DECLARACIÓN.

Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo

E8. Si mi niño/a tuviera dificultades a causa del asma, él/ella puede ver a un proveedor de servicios de salud sin ningún problema.

- 1 Totalmente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 De acuerdo
- 4 Totalmente de acuerdo
- 88 No sé
- 99 Se niega a contestar

E9. Fue fácil conseguir por teléfono al proveedor de servicios médicos de mi niño/a para hablar sobre su problema del asma.

- 1 Totalmente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 De acuerdo
- 4 Totalmente de acuerdo
- 88 No sé
- 99 Se niega a contestar

E10. El proveedor de cuidado médico me explicó detalladamente los problemas de asma de mi niño/a.

- 1 Totalmente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 De acuerdo
- 4 Totalmente de acuerdo
- 88 No sé
- 99 Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

E11. Confío en los médicos, enfermeras y trabajadores de salud de la comunidad (“promotor(a) de salud” en P.R.) que le proporcionaron cuidado médico a mi niño/a.

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

E12. Mi niño/a pudo ver a un especialista para el asma cuando lo necesitó.

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

E13. Los diferentes proveedores de cuidado médico de *[nombre del niño]* trabajaron juntos en equipo y se comunicaron entre sí sobre el asma de mi niño/a. Usted está:

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

E14. Me siento como si fuera una parte importante del equipo que atiende el asma de *[nombre del niño]*. Usted está:

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

E15. Considerando todo, yo estuve satisfecho con el cuidado médico para el asma que mi niño/a recibió de los proveedores de servicios médicos en los últimos 12 meses.

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA

F1. ¿Tiene un plan de acción por escrito para el asma de [nombre del niño]?

SI SE NECESITA UNA DEFINICIÓN DE AAP: “Un plan de acción para el asma es un formulario impreso que indica cuándo se debe aumentar el medicamento, cuándo se debe tomar otro medicamento, cuándo se debe llamar al médico para recibir consejos, y cuándo ir a la sala de emergencia”.

1 Sí

2 No

88 No lo sabe

99 Se niega a contestar

F2. ¿Quién le dio a usted el plan de acción por escrito para el asma?

F2_1 El médico

F2_2 La enfermera en la clínica o del consultorio médico

F2_3 La enfermera de la escuela

F2_4 El trabajador comunitario de salud o educador / navegador en salud

F2_5 Otros, especifique {F2_6t} _____

F2_DK No lo sabe

F2_RF Se niega a contestar

F3. ¿Tiene una copia del plan de acción para el asma en el hogar?

1 Sí

2 No

88 No lo sabe

99 Se niega a contestar

F4. ¿Quién más tiene una copia del plan de acción?

F4_1 El médico

F4_2 La escuela o la guardería del niño

F4_3 Otros familiares que están encargados del cuidado del niño

F4_4 Otros, por favor especifique {F4_4t} _____

F4_DK No lo sabe

F4_RF Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

F5. En los últimos 12 meses, cuando usted vio a un profesional de la salud para el cuidado del asma de [nombre del niño], ¿con qué frecuencia habló con usted sobre el plan de acción por escrito?): [LEA LAS RESPUESTAS: NUNCA, SÓLO PARTE DEL TIEMPO, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, SIEMPRE]

- 1 Nunca 2 Sólo parte del tiempo 3 La mayor parte del tiempo
4 Siempre 88 No lo sabe 99 Se niega a contestar

F6. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia utilizó usted el plan de acción de asma por escrito para decidir qué hacer cuando se produjeron cambios en los síntomas del asma de [nombre del niño]? [LEA LAS RESPUESTAS: NUNCA, SÓLO PARTE DEL TIEMPO, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, SIEMPRE]

- 1 Ninguna parte del tiempo 2 Sólo parte del tiempo
3 La mayor parte del tiempo 4 Siempre
88 No lo sabe 99 Se niega a contestar

Voy a leer algunas declaraciones acerca de lo que puede saber y hacer para manejar el asma de [nombre del niño], además de algunas preguntas sobre cómo se siente. Por favor, dígame qué tan de acuerdo o en desacuerdo está después de leer cada frase:

LEA LAS RESPUESTAS SIGUIENTES DESPUÉS DE CADA DECLARACIÓN:

Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo

F7. Sé la manera correcta en la que [nombre del niño] debe tomar su medicamento para el asma. Usted está:

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

F8. Sé cuáles medicamentos darle a mi niño/a cuando [él / ella] tiene un problema respiratorio grave. Usted está:

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

F9. Una vez que mi niño/a empiece a tener tos o sibilancias, puedo evitar que sus síntomas empeoren. Usted está:

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

F10. Sé cuando los problemas respiratorios de [nombre del niño] son lo suficientemente graves como para ir a la sala de emergencia. Usted está:

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

F11. Yo sé qué tipo de cosas en el hogar pueden desencadenar síntomas de asma en mi niño/a y cómo eliminar o reducir los factores desencadenantes. Usted está:

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

F12. Yo puedo controlar el asma de mi niño/a exitosamente. Usted está:

- 1 Totalmente en desacuerdo 2 En desacuerdo
3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo
88 No sé 99 Se niega a contestar

Datos demográficos

[EL ENTREVISTADOR DICE LAS FRASES DE TRANSICIÓN SI ES NECESARIO Y ADECUADO]

Algunas de las preguntas que ahora le vamos a hacer pueden parecerle personales. Usted no tiene que responder a ninguna pregunta que usted se sienta incómodo respondiendo. Sin embargo, sus respuestas a estas preguntas ayudarán a [nombre del Programa] para que obtenga más información acerca del asma y de la salud y el bienestar de los niños que viven en nuestra comunidad.

G1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de [nombre del niño]?

__ __ / __ __ / __ __ __] [Por ejemplo, 31/12/1999
DD / MM / AA

G1a. No lo sabe o Se niega a contestar [ESTIMADO DEL ENTREVISTADOR _____] EDAD

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

G2. ¿Cuál es el sexo de [nombre del niño]?

[NO HACE FALTA PREGUNTAR, SÓLO MARQUE LA RESPUESTA ADECUADA]

- 1 Hombre
- 2 Mujer

G3. ¿Cuál es su relación con [nombre del niño]?

- 1 Madre
- 2 Padre
- 3 Abuela
- 4 Abuelo
- 5 Tía
- 6 Tío
- 7 Otros, especifique{G3_t}_____
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

G4. ¿Cómo describiría usted la raza, nacionalidad o grupo étnico de [nombre del niño]?

[MARQUE SÓLO UNA CASILLA (“UN CUADRO” EN P.R.)]

- 1 Hispano, especifique [OPCIONAL] {G4_1t}_____
- 2 Negro / Afroamericano
- 3 Blanco
- 4 Asiático
- 5 Mixto, especifique {G4_5t}_____
- 6 Indio Americano
- 7 Otros, especifique{G4_7t}_____
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

G5. ¿Qué idioma(s) habla usted en casa? [MARQUE SÓLO UNA CASILLA (“UN CUADRO” EN P.R.)]

- 1 Inglés
- 2 Español
- 3 Inglés y Español
- 4 Otros, especifique{G5_t}_____
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

G6. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted alcanzó? [MARQUE SÓLO UNA CASILLA (“UN CUADRO” EN P.R.)]

[NO LEA LAS OPCIONES. SI ES NECESARIO DÉ INDICACIONES PARA DETERMINAR LA CATEGORÍA CORRECTA.]

- 6 No asistió la escuela
- 1 Primaria
- 2 La escuela intermedia
- 3 Escuela superior
- 4 Universidad
- 5 Nivel universitario de posgrado
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

G7. ¿Tiene [nombre del niño] seguro médico?

- 1 Sí
- 2 No
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

G8. ¿Qué tipo de seguro médico tiene [nombre del niño]?

[SI EL NIÑO NO TIENE SEGURO, SOLAMENTE MARQUE “NINGUNO”, NO HAGA NINGUNA PREGUNTA]

- 1 Ninguno
- 2 Medicaid, [ESPECIFIQUE EL/LOS NOMBRE(S) QUE SE USA(N) LOCALMENTE]
{G8_2t} _____
- 3 Seguro privado, especifique {G8_3t} _____
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

DESENCADENANTES AMBIENTALES:

H1. ¿Alguien que vive en la misma casa que [nombre del niño] fuma cigarrillos, cigarros o pipa en cualquier lugar del interior del hogar o en el auto cuando [nombre del niño] está ahí?

- 1 Sí
- 2 No
- 88 No lo sabe

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

99 Se niega a contestar

H2. A veces las familias tratan de alejar a su niño/a que tiene asma del humo. ¿Qué ha hecho usted para reducir la cantidad de humo cuando su niño/a está presente? [NO LEA LAS RESPUESTAS, MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN]

H2_1 No permite que nadie fume cerca de su niño/a

H2_2 No permite que nadie fume en el auto cuando el niño está adentro

H2_3 No permite que nadie fume en la casa

H2_4 No permite que nadie fume en la casa cuando el niño está ahí

H2_5 No permite que nadie fume en el dormitorio del niño

H2_6 No permite que nadie fume en el dormitorio del niño y mantiene la puerta cerrada

H2_7 Le pide a sus amigos y familiares que fumen afuera

H2_8 Le pide a los miembros de su familia que fumen en un lugar en donde el niño no suele pasar tiempo

H2_9 Trata de aumentar la ventilación en la casa abriendo las ventanas y/o las puertas

H2_10 No se sienta en las secciones de fumar de los lugares públicos

H2_11 Ha hablado con la gente en las casas o lugares donde su niño/a pasa mucho tiempo sobre que el fumar es malo para el asma

H2_12 Las personas que fuman se han inscrito en un programa para dejar de fumar

H2_13 Otros

{H2_13t} _____

H2_DK No lo sabe

H2_RF Se niega a contestar

H3. Los problemas con las cucarachas son comunes en la mayoría de las ciudades. ¿Qué tan grave es el problema de cucarachas en su casa? [LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA]

1 Un problema grave

2 Un problema moderado

3 Un problema pequeño (“pequeño problema” en LA)

4 No hay ningún problema

88 No lo sabe

99 Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

H4. ¿Algún profesional médico le ha hecho una prueba a [nombre del niño] para determinar si las cucarachas afectan su asma?

- 1 Sí → ¿qué mostró la prueba? 1.1 Afecta al niño 1.2 No afecta al niño
2 No
88 No lo sabe
99 Se niega a contestar

↓
NO HAGA LA PREGUNTA H5; MARQUE "NA"
en H5

**H5. ¿Ha hecho usted algo para deshacerse de las cucarachas o eliminarlas de su casa?
¿Qué ha hecho?**

[NO LEA LAS RESPUESTAS, MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN]

- H5_1 NA (no es aplicable porque el niño no es alérgico)
H5_2 Limpia los platos sucios inmediatamente después de usarlos
H5_3 Limpia la comida o los líquidos que se hayan derramado de manera correcta
H5_4 Guarda los alimentos en recipientes cerrados
H5_5 Mantiene la basura en un recipiente cerrado
H5_6 Saca la basura de casa todos los días
H5_7 Pone carnada envenenada, gels, polvos, pasta, ácido bórico, trampas
H5_8 echa Aerosoles
H5_9 echa Aerosoles pero mantiene al niño alejado hasta que el olor desaparece
H5_10 Otros
{H5_10t} _____

- H5_11 Nada
H5_DK No lo sabe
H5_RF Se niega a contestar

H6. ¿Su familia tiene mascotas con pelo o plumas?

- 1 Sí
2 No
88 No lo sabe
99 Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

H7. ¿Algún profesional médico le ha hecho una prueba a [nombre del niño] para ver si la caspa de los mascotas que tienen pelos o plumas afecta a su asma?

- 1 Sí → ¿qué mostró la prueba? 1.1 Afecta al niño 1.2 No afecta al niño
2 No
88 No lo sabe
99 Se niega a contestar

↓
NO HAGA LA PREGUNTA H9; MARQUE "NA"
EN H9

H8. ¿Cree usted que estar alrededor de mascotas con pelo o plumas afecta el asma de su niño/a?

- 1 Sí
2 No
88 No lo sabe
99 Se niega a contestar

H9. Ha hecho algo para limitar cualquier posible efecto que las mascotas pudieran tener sobre los síntomas del asma? ¿Qué ha hecho?

[NO LEA LAS RESPUESTAS, MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN]

- H9_1 NA (no es aplicable porque el niño no es alérgico)
H9_2 Se deshizo de las mascotas
H9_3 Deja afuera a las mascotas o no permite que las mascotas estén adentro de la casa
H9_4 No deja que las mascotas se suban a los muebles tapizados
H9_5 No dejadd que las mascotas estén en las habitaciones con alfombras y/o muebles tapizados
H9_6 Mantiene a las mascotas fuera de la zona de dormitorio del niño
H9_7 No permite que el niño esté cerca de las mascotas
H9_8 Hace que el niño se lave las manos después de tocar a las mascotas
H9_9 Otros
{H9_9t} _____

- H9_10 Nada
H9_DK No lo sabe
H9_RF Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

H10. El moho (“hongo” en P.R.) a veces crece en áreas de la casa que por lo general están húmedas o mojadas. ¿Qué tan grave es el problema de moho (“hongo” en P.R.) en su casa? [LEA TODAS LAS OPCIONES DE RESPUESTA]

- 1 Un grave problema
- 2 Un problema moderado
- 3 Un problema pequeño (“pequeño problema” en LA)
- 4 No es ningún problema
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

H11. ¿Cree usted que estar cerca del moho (“hongo” en P.R.) afecta el asma de [nombre del niño]?

- 1 Sí
- 2 No (NO PREGUNTE H12; MARQUE “NA” en H12)
- 88 No lo sabe
- 99 Se niega a contestar

H12. ¿Ha hecho algo para prevenir, reducir o eliminar el moho (“hongo” en P.R.) en su casa? ¿Qué ha hecho?

[NO LEA LAS RESPUESTAS, MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN]

- H12_1 NA (no aplica porque el padre/madre o encargado cree que el niño no es alérgico)
- H12_2 Se asegura que el cuarto de baño esté bien ventilado (extractor, ventana)
- H12_3 Usa un deshumidificador
- H12_4 Arregla los plumas que gotean, tuberías, u otras fuentes de agua
- H12_5 Limpia toda el agua estancada
- H12_6 Limpia las cosas que tengan moho (“hongo” en P.R.)
- H12_7 Se deshace de las cosas que tienen moho (“hongo” en P.R.)
- H12_8 Otros
- {H12_8t} _____

-
- H12_9 Nada
 - H12_DK No lo sabe
 - H12_RF Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

H13. Para muchas personas con asma, el polvo en una casa puede hacer que sus síntomas empeoren a causa de los ácaros del polvo. Aun el polvo que no se puede ver puede causar problemas tales como el polvo en las alfombras, peluches, almohadas y colchones. ¿Algún médico ha hecho una prueba para ver si los ácaros del polvo son un problema para el asma de [nombre del niño]?

- 1 Sí → ¿qué mostró la prueba? 1.1 Afecta al niño 1.2 No afecta al niño
2 No
88 No lo sabe
99 Se niega a contestar

↓
NO HAGA LA PREGUNTA H15; MARQUE "NA"
en H15

H14. ¿Cree usted que estar alrededor de polvo afecta el asma de su niño/a?

- 1 Sí
2 No
88 No lo sabe
99 Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

H15. ¿Ha hecho usted, o hace con regularidad, algo para reducir el polvo en su casa? ¿Qué ha hecho o hace con regularidad?

[NO LEA LAS RESPUESTAS, MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN]

H15_1 NA (no aplica porque el niño no es alérgico)

Cubiertas/Forro

H15_2 Usa fundas de almohada hechas para que no le entren los ácaros del polvo

H15_3 Usa una cubierta para el colchón hecha para que no le entren los ácaros del polvo

H15_4 Usa una cubierta para el “box spring” hecha para que no le entren los ácaros del polvo

Lavar con agua caliente

H15_5 Lava la almohada semanalmente en agua caliente (130 grados F o más)

H15_6 Lava las sábanas y frisas semanalmente en agua caliente (130 grados F o más)

H15_7 Lava regularmente las alfombras en agua caliente (130 grados F o más)

H15_8 Lava regularmente las cortinas en agua caliente (130 grados F o más)

H15_9 Lava los peluches semanalmente en agua caliente (130 grados F o más)

Tipo de piso y su limpieza

H15_10 Se asegura que su niño/a duerma en una habitación con pisos sin alfombras.

H15_11 Reduce la cantidad de alfombras en el hogar

H15_12 Regularmente pasa aspiradora a las alfombras

H15_13 Utiliza una aspiradora con un filtro HEPA o una bolsa de capa doble

H15_14 Regularmente mapea los pisos

Otros

H15_15 Guarda los peluches fuera del área en donde duerme el niño

H15_16 No deja que el niño se acueste en muebles tapizados (excepto en las camas)

H15_17 Mantiene los muebles tapizados (excepto las camas) fuera de la habitación

H15_18 Aspira las cortinas periódicamente

H15_19 Limpia periódicamente el polvo (pasando paño, no dispersándolo)

H15_20 Cambie con frecuencia el filtro de la calefacción o del aire acondicionado

H15_21 Otros

{H15_21t} _____

H15_22 Nada

H15_DK No lo sabe

H15_RF Se niega a contestar

NOTA: NO LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA AL ENTREVISTADO
A MENOS QUE SE INDIQUE ESTO DESPUÉS DE LA PREGUNTA.

H16. ¿Qué otras cosas hace en la casa para controlar el asma de su niño/a?

MUCHAS GRACIAS.