



CUESTIONARIO SOBRE LA EXPERIENCIA CLÍNICA CON EL ASMA (ASTHMA CLINIC EXPERIENCE, ACE)

Durante su visita, usted completó el **cuestionario sobre el daño y el riesgo del asma (Asthma Impairment and Risk Questionnaire, AIRQ™)**. Responda a las siguientes preguntas, teniendo en cuenta cómo sus respuestas en el AIRQ™ pueden haber afectado su experiencia clínica.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No corresponde
1. El AIRQ™ me ayudó a hablar sobre el asma con mi(s) proveedor(es) de cuidados de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. He recibido información sobre el asma que me ha ayudado a comprender mejor mi condición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. He recibido información sobre mis medicamentos para el asma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Mi(s) proveedor(es) de cuidados de la salud me explicó/ explicaron los resultados de las pruebas que me he realizado para mi asma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me han explicado el motivo por el que se solicitaron pruebas para mi asma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me dieron información sobre la atención adicional que necesito para mi asma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me incluyeron al momento de tomar decisiones sobre el tratamiento para mi asma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. El tiempo que pasé hoy con mi(s) proveedor(es) de cuidados de la salud hablando sobre el asma fue mejor comparado con mi última visita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Por favor proporcione cualquier comentario adicional que tenga sobre su visita o el AIRQ™:
