

**LA PRUEBA DE CONTROL DEL ASMA (ASTHMA CONTROL TEST™ – ACT)**  
para personas de 12 años de edad en adelante

Paso 1: Escriba el número de cada respuesta en el cuadro de de puntaje que aparece a la derecha.

Paso 2: Sume los cuadros de puntajes para obtener el TOTAL.

Paso 3: Hable con su medico sobre sus resultados.

1. En las últimas **4 semanas**, ¿cuánto tiempo le ha impedido su **asma** hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

Siempre <b>1</b>	La mayoría del tiempo <b>2</b>	Algo del tiempo <b>3</b>	Un poco del tiempo <b>4</b>	Nunca <b>5</b>
------------------	--------------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------

2. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?

Más de una vez al día <b>1</b>	Una vez al día <b>2</b>	De 3 a 6 veces por semana <b>3</b>	Una o dos veces por semana <b>4</b>	Nunca <b>5</b>
--------------------------------	-------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------

3. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia sus síntomas del **asma** (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

4 o más noches por semana <b>1</b>	De 2 ó 3 veces por semana <b>2</b>	Una vez por semana <b>3</b>	Una o dos veces <b>4</b>	Nunca <b>5</b>
------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------

4. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?

3 o más veces al día <b>1</b>	1 ó 2 veces al día <b>2</b>	2 ó 3 veces por semana <b>3</b>	Una vez por semana o menos <b>4</b>	Nunca <b>5</b>
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	----------------

5. ¿Cómo evaluaría el control de su **asma** durante las **últimas 4 semanas**?

No controlada, en absoluto <b>1</b>	Mal controlada <b>2</b>	Algo controlada <b>3</b>	Bien controlada <b>4</b>	Completamente controlada <b>5</b>
-------------------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------------

<b>PUNTAJE</b>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<b>TOTAL</b>
<input type="text"/>

Si obtuvo 19 puntos o menos, es probable que su asma no esté bajo control. Sin importar el puntaje obtenido, comparta los resultados con su médico.

