

**New York City Department of Health and Mental Hygiene  
Bureau of Chronic Disease Prevention & Control  
Asthma Initiative  
Managing Asthma in Daycare Project  
Brief Respiratory Questionnaire (BRQ)**

<b>Nombre de entrevistador:</b> _____		<b>Fecha de entrevista:</b> ____/____/____		<b>Centro:</b> _____	
<b>Niño:</b> _____		____/____/____		_____	_____
Primer Nombre		Apellido		Fecha de nacimiento	Sexo      Clase
<b>Grupo Étnico:</b> <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mezcla (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____					
<b>Padre/Guardián:</b> _____					
Primer Nombre			Apellido		

**Relación con el niño/a:**  Madre  Padre  Otro familia  Otro que no sea familia (especifique): \_\_\_\_\_

1. **¿En los últimos 12 meses,** ha tenido su niño/a un pito o silbido en el pecho o una tos que le duró más de una semana?

(1) Sí                      (2) No

2. **¿En los últimos 12 meses,** cuántas veces su niño/a tuvo un pito o silbido en el pecho o una tos que le duró más de una semana?

\_\_\_\_ **Número de veces** (record "0" if none)

3. **¿En los últimos 12 meses,** cuántas noches su niño/a tuvo problemas durmiendo debido a un pito o silbido en el pecho, una tos, u otros problemas respiratorios?

\_\_\_\_ **Número de noches** (record "0" if none)

4. Le voy a leer una lista de condiciones médicas. Por cada una, por favor dígame si un doctor, proveedor de asistencia médica, o una clínica **alguna vez** le dijo que su niño/a tenía esa condición.

Asma	(1) Sí	(2) No	<b>If "Yes," give blank AAP</b>
Enfermedad en las vías respiratorias	(1) Sí	(2) No	
Bronquitis o bronquiolitis	(1) Sí	(2) No	
Bronquitis asmático o pito en los bronquios	(1) Sí	(2) No	
Pito o silbido en el pecho	(1) Sí	(2) No	

5. **¿En los últimos 12 meses,** un doctor, proveedor de asistencia médica o una clínica **le recetó** alguna medicina, inhalador, nebulizador, o tratamientos de máquinas de respiración por alguna de esas condiciones: asma/ fatiga, enfermedad de las vías respiratorias, bronquitis o bronquiolitis, asma o silbido en los bronquios, o un pito o silbido en el pecho?

(1) Sí                      (2) No      **If "Yes," give blank AAP**

6. **¿En los últimos 12 meses,** cuántas veces Ud. hizo una cita urgente con el doctor o la sala de emergencia para su niño/a por asma, un pito o silbido en el pecho, una tos, bronquitis, u otros problemas respiratorios?

\_\_\_\_ **Número de veces** (record "0" if none)      **If 1 or more, give blank AAP**

7. **¿En los últimos 12 meses,** cuántas veces su niño/a tuvo que pasar la noche en el hospital por asma, un pito o silbido en el pecho, una tos, bronquitis, u otros problemas respiratorios?

\_\_\_\_ **Número de veces** (record "0" if none)      **If 1 or more, give blank AAP**

8. ¿Actualmente está su niño/a bajo el cuidado médico de un doctor, proveedor de asistencia médica o la clínica por el asma/ fatiga, un pito o silbido en el pecho, tos, u otros problemas respiratorios?

(1) Sí                      (2) No