

LINQ

1. ¿Sabe el nombre de su enfermedad pulmonar?

Si

No

2. ¿Le ha informado su doctor o fisioterapeuta de que manera la enfermedad afecta a sus pulmones?

Si

No

3. ¿Le ha informado su doctor o fisioterapeuta qué puede pasar en el futuro, como consecuencia de su enfermedad?

Si

No

4. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe lo que le ocurriría en los próximos años?

MARQUE SÓLAMENTE UNA

Voy a empeorar

Ahora que mi enfermedad está siendo tratada, probablemente seguiré igual

Ahora que mi enfermedad está siendo tratada, probablemente mejoraré

No tengo idea

5. ¿Le ha explicado su doctor o fisioterapeuta la **razón** para usar su inhalador y tomar sus medicamentos?

Si

No

6. ¿**Intenta** usar su inhalador o tomar sus medicamentos **exactamente** como le ha recetado su médico?

Si

No

7. ¿Está satisfecho con la información que sus doctores y fisioterapeuta le han dado sobre sus inhaladores y medicamentos? **MARQUE SOLAMENTE UNA OPCIÓN**

Entiendo todo lo que necesito saber

Entiendo todo lo que me han dicho pero me gustaría saber más

Estoy un poco confundido respecto a mis medicamentos

Estoy muy confundido respecto a mis medicamentos

8. ¿Qué situación describe de la mejor manera lo que le han indicado hacer si su respiración empeora (ej. tome dos puff en lugar de uno)? **MARQUE SOLAMENTE UNA OPCIÓN**

Me han dicho que hacer y el doctor/fisioterapeuta me han dado instrucciones escritas

Me han dado indicaciones pero no escritas

No me han dicho pero sé que hacer

No me han dicho y no sé que hacer

9. ¿Le han dicho cuando debería llamar una **ambulancia o ir a urgencias**, si su respiración empeora?

MARQUE SOLAMENTE UNA OPCIÓN

Me han dicho que hacer y el doctor/ fisioterapeuta me ha dado instrucciones escritas

Me han dicho que hacer pero no en forma escrita

No me han dicho pero sé que hacer

No me han dicho y no estoy seguro cuando debería llamar una ambulancia

10. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor su condición? **MARQUE SOLAMENTE UNA OPCIÓN**

Nunca he fumado (vaya a la pregunta 13)

Solía fumar pero ya no (vaya a la pregunta 13)

Todavía fumo(vaya a la pregunta 11)

11. ¿Le ha aconsejado su doctor o fisioterapeuta dejar de fumar?

Si

No

12. ¿Le ha ofrecido su doctor o fisioterapeuta ayuda para dejar de fumar?

(Ej. ¿Le ha suministrado chicles con nicotina o parches o una remisión a una clínica para dejar de fumar)?

Si

No

13 ¿Le ha dicho su doctor o fisioterapeuta que practique una actividad física (Ej. ¿Caminar, marchar y otras formas de ejercicio?)

Si

No

14 ¿Le ha dicho su doctor o fisioterapeuta **cuánto** ejercicio físico (caminar, marchar y otras formas de ejercicio) debe hacer?

Si y sé que hacer

Si pero no estoy seguro de que hacer

Si pero no puedo hacerlo

No

15 ¿Cuanta actividad física hace?

Me esfuerzo lo más que puedo

Hago cierto esfuerzo

La menor posible

16 ¿Que le ha dicho su doctor sobre su dieta o lo que debería comer?
(Marque todas las que apliquen)

Tome varias comidas al día
(Ej.: 6 Comidas pequeñas al día en vez de 3 comidas grandes por día)

Pierda o gane peso

Coma saludablemente

Nada

17 ¿Tiene preguntas o comentarios sobre su enfermedad pulmonar?
“Si es así, escríbalas en el espacio a continuación”

18. Sexo (Elimine una)

Hombre

Mujer

19. ¿En qué año nació? 19__ __