



## Pulmonary Specialist Health Coach Consultation (PuSHCon) Study: Health Coach Consultation Form for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and/or Asthma

### Background and Description

The Pulmonary Specialist Health Coach Consultation (PuSHCon) COPD and Asthma study is a randomized controlled trial of health coaching funded by the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). A health coach works with a pulmonary nurse practitioner to help patients receive guideline based care and improve the self-management of their chronic lung condition.

### How to use this form

This form is designed to guide staff in gathering information from patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and/or Asthma in order to assist in assessment by a clinician. This information can be given to a primary care provider or pulmonary specialist as a needs assessment for treatment changes or additional evaluation. The questions on this form are answered by both interviewing a patient and reviewing their chart. Information should be confirmed from both sources whenever possible.

### Helpful tools

On page seven coaches will find the CAT (COPD Assessment Test) and mMRC Dyspnea Scale, which is used with COPD patients. On page nine coaches will find both The GINA Asthma Assessment, which is used with Asthma patients, and a form to screen patients for obstructive sleep apnea. We also suggest using a color inhaler guide so that patients may point out which inhalers they are taking. A good one is available for purchase from the [Asthma & Allergy Network](#) or you can ask your site's pulmonary department for suggestions.

### UCSF Center for Excellence in Primary Care

The Center for Excellence in Primary Care (CEPC) identifies, develops, tests, and disseminates promising innovations in primary care to improve the patient experience, enhance population health and health equity, reduce the cost of care, and restore joy and satisfaction in the practice of primary care. To learn more about the PuSHCon Study, or for information about health coach training for your staff, please visit us at <https://cepc.ucsf.edu/>.

### Acknowledgments

The UCSF Center for Excellence in Primary Care would like to acknowledge the following individuals for their contribution to this work: Jessica Wolf; Chris Chirinos; Stephanie Tsao, NP; Alicia DiGiammarino, MSBH; Sandra Campos, David Thom MD, PhD, MPH; George Su, MD,



Copyright 2019, The Regents of the University of California Created by UCSF Center for Excellence in Primary Care.

All rights reserved. Individuals may photocopy these materials for educational, not-for-profit uses, provided that the contents are not altered and that attribution is given to the UCSF Center for Excellence in Primary Care. These materials may not be used for commercial purposes without the written permission of the Center for Excellence in Primary Care.

## **PuSHCon Health Coach Consultation Form (Spanish Version)**

### **Patient Demographics** (Include in chart review)

MRN

Name

DOB

Gender

Payer

Primary Care Clinic

PCP

Pulmonologist

Primary Language

## Agenda Setting

---

Cuénteme sobre un día típico para Ud. ¿Activo, debilitado, confinado en casa?

---

---

---

---

---

¿Qué hace para divertirse? ¿Qué actividades físicas le gusta hacer?

---

---

---

---

---

¿Qué metas tiene para trabajar con una promotora de salud?

---

---

---

---

---

¿Se siente normal hoy día? ¿Qué siente diferente de lo normal hoy?  
(→busque atención médica y hacer otra cita si no se siente bien)

---

---

---

---

---

## History of Present Respiratory Illness (include in chart review)

---

### Respiratory Symptoms:

¿Qué síntomas respiratorios tiene?

☐ Tos

☐ Ocurre durante el día

☐ Ocurre en la noche

☐ Flema en la tos

☐ Sangre en la tos

☐ Todo el tiempo

☐ Viene y va

☐ Falta de aliento

☐ Ocurre durante el día

☐ Me despierta en la noche (→ OSA screen)

☐ Sibilancia

☐ Opresión en el pecho

☐ Otros síntomas respiratorios: \_\_\_\_\_

¿Qué síntomas respiratorios le molestan más? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto empezó a sentir este síntoma? \_\_\_\_\_

¿Ha empeorado con el tiempo? ☐ Sí ☐ No ☐ Gradualmente ☐ Agudo

¿Cuándo y con qué frecuencia ocurre este síntoma? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos ha encontrado como los más útiles para aliviar sus síntomas respiratorios? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades son difíciles debido a sus síntomas?

\_\_\_\_\_

### If you experience SOB, (→ mMRC)

¿Qué tan lejos puede andar en terreno plano antes de parar por falta de aliento? \_\_\_\_\_

Si es ilimitado, ¿puede caminar al mismo ritmo que sus compañeros? ☐ Sí ☐ No

**Additional Symptom Questions:**

**¿Ha experimentado alguno de los siguientes recientemente? (Constitutional)**

- |                                      |                                            |
|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre      | <input type="checkbox"/> Perdido de peso   |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos |

**¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas? (Allergic)**

- |                                              |                                                              |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal    | <input type="checkbox"/> Estornudar                          |
| <input type="checkbox"/> Nariz que moquea    | <input type="checkbox"/> Mucosidad en la garganta            |
| <input type="checkbox"/> Picazón en la nariz | <input type="checkbox"/> Picazón en los ojos u ojos llorosos |

¿Se le empeoran sus síntomas en una temporada específica? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo? ☐ Otoño ☐ Invierno ☐ Primavera ☐ Verano

¿Qué tan irritantes son estos síntomas? ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo

¿Cuántos días a la semana tiene estos síntomas? \_\_\_\_\_ días

Si tiene alergias estacionales/fiebre del heno, ¿qué empeora sus síntomas?

- ☐ Polen del árbol
- ☐ Polen del pasto
- ☐ Caspa de animales
- ☐ Polen de malas hierbas
- ☐ Molde
- ☐ Polvo/ácaros del polvo

**¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas? (Reflux)**

- |                                |                                                         |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ¿Sabor amargo con su tos?      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Sentimiento de acidez?        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Acidez peor después de comer? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Dificultad con tragar?        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Se siente que sus síntomas de reflujo son bajo control? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas veces a la semana tiene estos síntomas? \_\_\_\_\_ veces

## **History of Present Respiratory Illness – Health Coach Notes**

---

**NOTES FROM CHART REVIEW :**

**NOTES FROM PT INTERACTION:**

## Screening Tools

### CAT - SCORE

|   |                                                                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                                                                                       |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Nunca toso                                                                      | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | Siempre estoy tosiendo                                                                |
| 2 | No tengo flema (mucosidad en el pecho)                                          | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)                               |
| 3 | No siento ninguna opresión en el pecho                                          | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | Siento mucha opresión en el pecho                                                     |
| 4 | Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta aire             | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho el aire             |
| 5 | I am not limited doing any activities at home                                   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas                           |
| 6 | Me siento seguro al salir de casa a pesar de la enfermedad pulmonar que padezco | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No me siento nada seguro al salir de casa debido a la enfermedad pulmonar que padezco |
| 7 | Duermo sin problemas                                                            | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | Tengo problemas para dormir debido a la enfermedad pulmonar que padezco               |
| 8 | Tengo mucha energía                                                             | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | No tengo ninguna energía                                                              |

### mMRC - SCORE

| Grade | Description of Breathlessness                                                                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0     | Tan solo me falta el aire al realizar ejercicio intenso                                                                                       |
| 1     | Me falta el aire al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.                                               |
| 2     | No puedo mantener el paso de otras personas de mi misma edad en llano o tengo que detenerme para respirar al andar en llano a mi propio paso. |
| 3     | Me detengo para respirar después de andar unos 100 metros o después de andar pocos minutos en llano.                                          |
| 4     | Tengo demasiada dificultad respiratoria para salir de casa o me cuesta respirar al vestirme o desvestirme.                                    |

If **mMRC is  $\geq 2$  OR CAT  $\geq 10$** , the symptoms are high. Otherwise, symptoms are low.  
Use the tables below to determine GOLD classification category A-D

| GOLD classification category (A, B, C, D)          |                                                               |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Degree of symptoms based on mMRC or CAT            | <input type="checkbox"/> Low<br><input type="checkbox"/> High |
| Degree of risk based on frequency of exacerbations | <input type="checkbox"/> Low<br><input type="checkbox"/> High |

|                                                                                          |                                       |                                                                                               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                          |                                       | Symptoms  |  |
| Risk  | Category C<br>Low symptoms, high risk | Category D<br>High symptoms, high risk                                                        |  |
|                                                                                          | Category A<br>Low symptoms, low risk  | Category B<br>High symptoms, low risk                                                         |  |

### GINA Asthma Assessment

En las 4 semanas pasadas, ¿ha tenido

|                                                                                                                                 | Well controlled | Partly controlled | Uncontrolled  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Síntomas durante el día más que dos veces a la semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  | =None of these  | =1-2 of these     | =3-4 of these |
| Cualquier despertares en la noche debido al asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       | =None of these  | =1-2 of these     | =3-4 of these |
| Necesidad de usar su medicina de rescate más que dos veces a la semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | =None of these  | =1-2 of these     | =3-4 of these |
| Cualquier limitación de actividades debido al asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     | =None of these  | =1-2 of these     | =3-4 of these |

### Obstructive Sleep Apnea (Indicated if c/o of nighttime dyspnea)

|                                                                                                        | Sí/No                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. ¿Alguna vez se ha quedado durmiendo durante el día sin esperarlo (sentado o viendo la TV)?          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Ud. ronca?                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Alguna vez se ha despertado sin aliento?                                                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Alguna vez se ha despertado sintiéndose asfixiado?                                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Se ha dado cuenta Ud. u otra persona que deja de respirar mientras duerme?                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Tiene sueño cuando se despierta por primera vez o durante el día, incluso si duerme toda la noche? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Se ha quedado dormido mientras está manejando?                                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

## Smoking History (include in chart review)

---

¿Actualmente fuma? ☐ Sí ☐ No

Chart Review Notes:

¿Fumó en el pasado? ☐ Sí ☐ No

☐ Actualmente ☐ Pasado ☐ Nunca

Fecha de dejar: \_\_\_\_\_

A. ¿Por cuántos años fumó o ha fumado? \_\_\_\_\_

B. ¿Cuántos paquetes, en promedio, fuma/fumó? \_\_\_\_\_

Pack years = A x B: \_\_\_\_\_

¿Fuma dentro de los 30 minutos de despertarse? ☐ Sí ☐ No

¿Fuma algo más? ☐ Sí ☐ No

☐ Marijuana ☐ Crack cocaína ☐ Amfetamina ☐ E-cigarillos ☐ Otro, specify: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que ha fumado en el pasado?: ☐ Sí ☐ No

☐ Marijuana ☐ Crack cocaína ☐ Amfetaminas ☐ E-cigarillos ☐ Otro, specify: \_\_\_\_\_

Si fuma algo, ¿le interesa dejar de fumar dentro de los próximos 30 días? ☐ Sí ☐ No

**Summary of Smoking Cessation Attempts** (include in chart review)¿Ha tratado de dejar de fumar antes? ☐ Sí ☐ No

| Type of Cessation Support                        | Prescribed by Doctor (EHR)                               | Patient Attempted                                        | Effect |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|
| NRT parches (21,14,7)                            | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |        |
| NRT PRN (chicle, lozenges) (4, 2)                | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |        |
| NRT patch + PRN                                  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |        |
| Wellbutrin (bupropion)                           | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |        |
| Chantix (varenicline)                            | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |        |
| Cessation support (classes, 1-800-NoButts, etc.) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |        |

## Respiratory Trigger History

---

¿Qué se da cuenta de que empeora su respiración?

- ☐ Olores Fuertes/vapores
- ☐ Cambios rápidos en el clima
- ☐ Temperaturas extremadamente calores o fríos
- ☐ Estrés
- ☐ Ejercicio
- ☐ Infecciones virales
- ☐ Humo
- ☐ Reírse o llorarse duro
- ☐ Aspirina o NSAIDS
- ☐ Estar en su lugar de trabajo
- ☐ Estar en su casa
- ☐ Otros desencadenantes? \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias alimentarias? ☐ Sí ☐ No

Allergies Listed in EMR:

Allergies Listed by Patient:

¿Se ha dado cuenta de que su respiración es mejor afuera de la casa?

- ☐ Mejor ☐ Peor ☐ Ningun diferencia

## Exposure/Environmental History

---

¿Ha tenido mucha exposición a humo de segunda mano como otro fumador en la casa o una estufa de leña? ☐ Sí ☐ No

| Tipo | Duración de la exposición |
|------|---------------------------|
|      |                           |
|      |                           |
|      |                           |

See social history for occupational exposures.

¿Hay alguien que fuma en su casa actualmente? ☐ Yes ☐ No

¿Tiene tejido de alfombra en su casa? ☐ Yes ☐ No

¿Tiene mascotas? ☐ Yes ☐ No

¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Sus mascotas viven dentro o fuera de la casa? ☐ Dentro ☐ Fuera

¿Tiene alergias a mascotas? ☐ Yes ☐ No

¿Tiene cucarachas en su casa? ☐ Yes ☐ No

¿Tiene ratones en su casa? ☐ Yes ☐ No

¿Puede ver u oler molde en su casa? ☐ Yes ☐ No

¿Usa ropa de cama de plumas (almohada o edredón)? ☐ Yes ☐ No

**Exacerbation History** (include in chart review)

¿Ha tenido 2 o más exacerbaciones de la EPOC **en el año pasado** requiriendo prednisona O antibióticos O una hospitalización? ☐ Yes ☐ No

NOTE: Una exacerbación o ataque es cuando sus síntomas de respiración empeoran rápidamente. Usualmente la gente va a su doctor, el cuidado de urgencia, sala de emergencia, y es posible que se recete prednisona.

If 'yes' the patient is high risk. If 'no', the patient is low risk.

| Date | Type of visit (ED, outpt, UC) | Reason for visit | Prescribed prednisone?                                   | Prescribed antibiotics?                                  |
|------|-------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|      |                               |                  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
|      |                               |                  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
|      |                               |                  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
|      |                               |                  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
|      |                               |                  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

- ¿Ha tenido intubación (necesitado un tubo para respirar)? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha recibido BiPaP (una máscara) durante una exacerbación? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha estado en el UCI para una exacerbación respiratoria? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha quedado en la noche por la noche para su asma? ☐ Sí ☐ No

PuSHCon Health Coach Consultation Form

Hospitalizations, ED, and UC Visits from EMR

| Date (up to 2 years ago) | ED or Hosp or UC | Reason |
|--------------------------|------------------|--------|
|                          |                  |        |
|                          |                  |        |
|                          |                  |        |
|                          |                  |        |

Prednisone/ABX Prescriptions from EMR

| Date (up to 2 years ago) | Pred or antibiotic | Reason |
|--------------------------|--------------------|--------|
|                          |                    |        |
|                          |                    |        |
|                          |                    |        |
|                          |                    |        |

## Pulmonary History/Medical History (include in chart review)

---

### Breathing Conditions

- ☐ EPOC      Date of Diagnosis \_\_\_\_\_
- ☐ Asma      Date of Diagnosis \_\_\_\_\_
- ☐ ACOS      Date of Diagnosis \_\_\_\_\_
- ☐ Hx de sx respiratorias durante infancia
- ☐ Rinitis Alérgica
- ☐ Sinusitis crónica
- ☐ Otras condiciones pulmonares (i.e. bronchiectasis, chronic infection):  
\_\_\_\_\_

### Mental Health Conditions

- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Otras condiciones de salud mental (i.e. Schizophrenia, PTSD):  
\_\_\_\_\_

### Other Relevant Conditions

- ☐ Obesidad (BMI  $\geq 30$ )    BMI \_\_\_\_\_  
Date BMI calculated \_\_\_\_\_
- ☐ Diabetes    ☐ Pre-Diabetes
- ☐ Apnea del sueño obstructiva
- ☐ Recetada máquina de CPAP
- ¿La usa? ☐ Yes ☐ No
- Nights per week \_\_\_\_\_ Hours per night \_\_\_\_\_
- ☐ Osteoporosis
- ☐ ERGE
- ☐ Alergia alimentaria o asfixia
- ☐ Dolor Crónica
- ☐ Condición musculo esquelético que interfiere con actividad

### Heart Conditions

- ☐ Enfermedad de la arteria coronaria
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ Fibrilación auricular
- ☐ Otras condiciones cardiovasculares:  
\_\_\_\_\_

**¿Qué otros problemas médicos empeoran su respiración?**

**¿Qué problemas médicos le dificultan hacer todo lo que su médico / NP recomienda??**

**What other potentially relevant medical problems are in the EMR?**

**Past COPD Care & Maintenance** (include in chart review)

| Vaccination                           | Date of last dose | Indication for COPD patients*                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Last flu shot                         |                   | Every year                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| PPSV23<br>(Pneumovax <sup>®</sup> 23) |                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ One dose followed by booster after patient turns 65.</li> <li>○ If vaccinated before age 65, wait at least 5 years before booster.</li> <li>○ If due but patient also needs a PCV13, PCV13 takes priority.</li> <li>○ PPSV23 and PCV13 should be given 12 months apart.</li> </ul> |
| PCV13 (Pneumovax 13 <sup>®</sup> )    |                   | Only for patients <u>65 and up</u> unless patient has a condition compromising the immune system. See CDC guidelines for list of qualifying conditions.                                                                                                                                                                     |

## Programs Noted in the EMR:

| Program                 | Participated in the past?       | If hasn't participated, willing to be referred? | Effect |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|--------|
| Respirar Mejor          | Yes <input type="checkbox"/> No | Yes <input type="checkbox"/> No                 |        |
| COPD Wellness           | Yes <input type="checkbox"/> No | Yes <input type="checkbox"/> No                 |        |
| Rehabilitación pulmonar | Yes <input type="checkbox"/> No | Yes <input type="checkbox"/> No                 |        |

Often only available for Medicare recipients but consider prior authorization for other insurance plans. PFTs need to show FVC, FEV1, and/or DLCO <65% within 1 year of referral. Chest x-ray also often required.

| Program                                                   | Participated in the past?       | If hasn't participated, willing to be referred? | Effect |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|--------|
| Otra terapia física                                       | Yes <input type="checkbox"/> No | Yes <input type="checkbox"/> No                 |        |
| Asesoramiento de casa (for patients with asthma symptoms) | Yes <input type="checkbox"/> No | Yes <input type="checkbox"/> No                 |        |

## Social/Occupational History

---

¿Qué trabajos ha tenido en el pasado?

---

---

¿Ha tenido exposición a polvo y vapor en trabajos pasados? Si sí,

| Tipo | Duración de exposición | Usó equipo de proteccion                                                                 |
|------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces |
|      |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces |

¿Dónde vive? ¿Con quién vive?

---

---

Dígame sobre la gente que le apoya en su vida. ¿Cómo le apoya? IHSS?

---

---

### Social Needs Screening (if indicated)

¿Se queda sin comida antes de tener dinero para comprar más?

---

---

¿Se preocupa tener un lugar donde quedarse?

---

---

¿Hay problemas en su casa como molde, plagas, fugas, otro?

---

---

¿Puede llegar a sus citas médicas?

---

---

¿Las compañías de electricidad, gas, o agua amenazan con cortar los servicios?

---

---

¿Está luchando para encontrar o mantener trabajo?

---

---

## Family History (include in chart review)

---

¿Tiene un pariente de primer grado que lleva una diagnosis de una enfermedad pulmonar crónica como el asma y la EPOC?

☐ Sí ☐ No

| Miembro de familia | Condición |
|--------------------|-----------|
|                    |           |
|                    |           |
|                    |           |
|                    |           |

Family History Noted in EMR:

**Medication Reconciliation** (include in chart review)

| <b>Medication</b>                                                                                | <b>How Prescribed</b><br>(days per week, times per day, puffs per time) | <b>How taken by Patient</b><br>(ALL: days/wk, times/day, puffs/time<br>CONTROLLER: how many days used as Rxed in last 7 days) | <b>HC Notes (e.g. barriers to adherence)</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>SABA</b>                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| ProAir (Albuterol)<br><input type="checkbox"/> HFA <input type="checkbox"/> Resplick             |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| Ventolin (Albuterol) <input type="checkbox"/>                                                    |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| Proventil (Albuterol) <input type="checkbox"/>                                                   |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| Xopenex (Levalbuterol) <input type="checkbox"/>                                                  |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| <b>SAMA</b>                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| Atrovent (Ipratropium) <input type="checkbox"/>                                                  |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| <b>SABA/SAMA</b>                                                                                 |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| Combivent <input type="checkbox"/><br>(Albuterol/Ipratropium)                                    |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| <b>LABA</b>                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| Arcapta Neohaler <input type="checkbox"/><br>(Indacaterol)                                       |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| Serevent Diskus <input type="checkbox"/><br>(Salmeterol)                                         |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| Striverdi Respimat <input type="checkbox"/><br>(Olodaterol)                                      |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| <b>LAMA</b>                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| Spiriva (Tiotropium)<br><input type="checkbox"/> Handihaler<br><input type="checkbox"/> Respimat |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |
| Incruse (Umeclidinium) <input type="checkbox"/>                                                  |                                                                         |                                                                                                                               |                                              |

PuSHCon Health Coach Consultation Form

|                                                                                                                                                |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Tudorza (Acclidinium) <input type="checkbox"/>                                                                                                 |  |  |  |
| Other:                                                                                                                                         |  |  |  |
| <b>LABA/LAMA</b>                                                                                                                               |  |  |  |
| Anoro Ellipta <input type="checkbox"/>                                                                                                         |  |  |  |
| Bevespi Aerosphere <input type="checkbox"/>                                                                                                    |  |  |  |
| Stiolto Respimat <input type="checkbox"/>                                                                                                      |  |  |  |
| Utibron Neohaler <input type="checkbox"/>                                                                                                      |  |  |  |
| <b>ICS Only</b>                                                                                                                                |  |  |  |
| QVAR 80/40mcg <input type="checkbox"/>                                                                                                         |  |  |  |
| Pulmicort 180/90mcg <input type="checkbox"/>                                                                                                   |  |  |  |
| Flovent 220/110/44mcg<br><input type="checkbox"/>                                                                                              |  |  |  |
| Arnuity Ellipta <input type="checkbox"/><br>100/200mcg                                                                                         |  |  |  |
| Other:                                                                                                                                         |  |  |  |
| <b>ICS/LABA</b>                                                                                                                                |  |  |  |
| Advair Diskus<br>Dose: <input type="checkbox"/> 100/50<br><input type="checkbox"/> 250/50 <input type="checkbox"/> 500/50                      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Advair HFA<br>Dose: <input type="checkbox"/> 45/21 <input type="checkbox"/> 115/21<br><input type="checkbox"/> 230/21 |  |  |  |
| Air Duo Respiclick<br>Dose: <input type="checkbox"/> 55/14 <input type="checkbox"/> 113/14<br><input type="checkbox"/> 232/14                  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Dulera<br>Dose: <input type="checkbox"/> 100/5 <input type="checkbox"/> 200/5                                         |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Symbicort<br>Dose: <input type="checkbox"/> 80/4.5 <input type="checkbox"/> 160/4.5                                   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Breo<br>Dose: <input type="checkbox"/> 100/25 <input type="checkbox"/> 200/25                                         |  |  |  |

PuSHCon Health Coach Consultation Form

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Other                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| <b>ICS/LABA/LAMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| Trelegy Ellipta <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| <b>Other Relevant Medications</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| Montelukast (Singulair) <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| Fluticasone nasal spray <input type="checkbox"/><br>(Flonase)                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Roflumilast <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| Chronic Azithromycin <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Propranolol <input type="checkbox"/><br>Indication:                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| Theophylline <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| Proton Pump Inhibitor:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| H1 Blocker:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| <b>Durable Medical Equipment</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| Nebulized Medication:<br><input type="checkbox"/> Albuterol<br><input type="checkbox"/> Ipratropium<br><input type="checkbox"/> DuoNeb<br><input type="checkbox"/> Budesonide<br><input type="checkbox"/> Arformoterol<br><input type="checkbox"/> Formoterol<br><br>Baseline use: |  |  |  |
| Acapella Valve <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
| Home O2 <input type="checkbox"/><br>LPM<br>continuous<br>LPM with<br>exertion<br>LPM during<br>sleep                                                                                                                                                                               |  |  |  |

PuSHCon Health Coach Consultation Form

|                             |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|
| Notes re:<br>use/adherence: |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|

¿Tiene dificultades para obtener su oxígeno y / o los suministros? ☐ Sí ☐ No

¿Qué otro medicamento toma Ud. para su respiración?

| Medication | Purpose | How Rxed | How taken by Patient<br>(ALL: days/wk, times/day, puffs/time<br>CONTROLLER: how many days used as<br>Rxed in last 7 days) |
|------------|---------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |         |          |                                                                                                                           |
|            |         |          |                                                                                                                           |
|            |         |          |                                                                                                                           |
|            |         |          |                                                                                                                           |

NEEDS PFTS ☐ YES ☐ NO

Date Scheduled

Patient Notified ☐ Yes ☐ NO

Visioning Question: Si pudiéramos tener un impacto en sus síntomas respiratorios, ¿cómo sería la vida?