



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		Primary Care Clinic	
Name		PCP	
DOB		Pulmonologist	
Gender		Primary Language	
Payer			

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, ¿que 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? Sí No

¿Sentimiento de acidez? Sí No

¿Acidez peor después de comer? Sí No

¿Dificultad con tragar? Sí 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

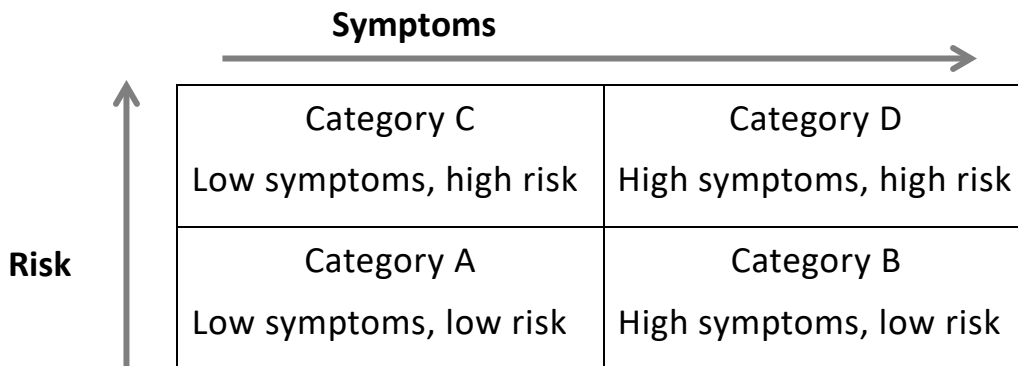
1	Nunca toso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Siempre estoy tosiendo
2	No tengo flema (mucosidad en el pecho)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 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 ≥ 2 OR CAT ≥ 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 <input type="checkbox"/> High
Degree of risk based on frequency of exacerbations	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> High



GINA Asthma Assessment

En las 4 semanas pasadas, ¿ha tenido:

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

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

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

¿Fumó en el pasado? Sí No

Chart Review Notes:

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

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

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 (Pneumovax [®] 23)		<ul style="list-style-type: none"> ○ One dose followed by booster after patient turns 65. ○ If vaccinated before age 65, wait at least 5 years before booster. ○ If due but patient also needs a PCV13, PCV13 takes priority. ○ PPSV23 and PCV13 should be given 12 months apart.
PCV13 (Pevnar 13 [®])		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	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
COPD Wellness	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Rehabilitación pulmonar	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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.			
Otra terapia física	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Asesoramiento de casa (for patients with asthma symptoms)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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 protección
		<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)

Medication	How Prescribed (days per week, times per day, puffs per time)	How taken by Patient (ALL: days/wk, times/day, puffs/time CONTROLLER: how many days used as Rxed in last 7 days)	HC Notes (e.g. barriers to adherence)
------------	--	--	---------------------------------------

SABA			
ProAir (Albuterol) <input type="checkbox"/> HFA <input type="checkbox"/> Resplick			
Ventolin (Albuterol) <input type="checkbox"/>			
Proventil (Albuterol) <input type="checkbox"/>			
Xopenex (Levalbuterol) <input type="checkbox"/>			

SAMA			
Atrovent (Ipratropium) <input type="checkbox"/>			

SABA/SAMA			
Combivent <input type="checkbox"/> (Albuterol/Ipratropium)			

LABA			
Arcapta Neohaler <input type="checkbox"/> (Indacaterol)			
Serevent Diskus <input type="checkbox"/> (Salmeterol)			
Striverdi Respimat <input type="checkbox"/> (Olodaterol)			

LAMA			
Spiriva (Tiotropium) <input type="checkbox"/> Handihaler <input type="checkbox"/> Respimat			
Incruse (Umeclidinium) <input type="checkbox"/>			

PuSHCon Health Coach Consultation Form

Tudorza (Acclidinium) <input type="checkbox"/>			
Other:			

LABA/LAMA			
Anoro Ellipta <input type="checkbox"/>			
Bevespi Aerosphere <input type="checkbox"/>			
Stiolto Respimat <input type="checkbox"/>			
Utibron Neohaler <input type="checkbox"/>			

ICS Only			
QVAR 80/40mcg <input type="checkbox"/>			
Pulmicort 180/90mcg <input type="checkbox"/>			
Flovent 220/110/44mcg <input type="checkbox"/>			
Arnuity Ellipta <input type="checkbox"/> 100/200mcg			
Other:			

ICS/LABA			
Advair Diskus Dose: <input type="checkbox"/> 100/50 <input type="checkbox"/> 250/50 <input type="checkbox"/> 500/50			
<input type="checkbox"/> Advair HFA Dose: <input type="checkbox"/> 45/21 <input type="checkbox"/> 115/21 <input type="checkbox"/> 230/21			
Air Duo Respiclick Dose: <input type="checkbox"/> 55/14 <input type="checkbox"/> 113/14 <input type="checkbox"/> 232/14			
<input type="checkbox"/> Dulera Dose: <input type="checkbox"/> 100/5 <input type="checkbox"/> 200/5			
<input type="checkbox"/> Symbicort Dose: <input type="checkbox"/> 80/4.5 <input type="checkbox"/> 160/4.5			
<input type="checkbox"/> Breo Dose: <input type="checkbox"/> 100/25 <input type="checkbox"/> 200/25			

PuSHCon Health Coach Consultation Form

Other			
-------	--	--	--

ICS/LABA/LAMA			
Trelegy Ellipta <input type="checkbox"/>			

Other Relevant Medications			
Montelukast (Singulair) <input type="checkbox"/>			
Fluticasone nasal spray <input type="checkbox"/> (Flonase)			
Roflumilast <input type="checkbox"/>			
Chronic Azithromycin <input type="checkbox"/>			
Propranolol <input type="checkbox"/> Indication:			
Theophylline <input type="checkbox"/>			
Proton Pump Inhibitor: _____			
H1 Blocker: _____			

Durable Medical Equipment			
Nebulized Medication: <input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Ipratropium <input type="checkbox"/> DuoNeb <input type="checkbox"/> Budesonide <input type="checkbox"/> Arformoterol <input type="checkbox"/> Formoterol			
Baseline use:			
Acapella Valve <input type="checkbox"/>			
Home O2 <input type="checkbox"/> LPM continuous LPM with exertion LPM during sleep			

PuSHCon Health Coach Consultation Form

Notes re: 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 (ALL: days/wk, times/day, puffs/time CONTROLLER: how many days used as 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?