

# CUESTIONARIO DE ASMA Y ENFERMEDADES PULMONARES

Para ser completado por el médico tratante  
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                     |              |        |         |
|---------------------|--------------|--------|---------|
| Nombre              | Apellido     | Nombre | Inicial |
| Fecha de nacimiento | DD / MM / AA |        |         |

## 2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

|                              |             |  |  |
|------------------------------|-------------|--|--|
| Fecha de la primera consulta | Detalles    |  |  |
| DD / MM / AA                 | Síntomas    |  |  |
|                              | Diagnóstico |  |  |

¿Se ha sometido el paciente a alguna cirugía pulmonar?  Sí  No Si responde "Sí", por favor proporcione detalles.

¿Está el paciente aún en tratamiento?  Sí  No Si responde "Sí", por favor describa el tratamiento e indique el nombre y la dosis de los medicamentos.

¿Con qué frecuencia ocurren las recaídas o ataques y cuánto duran?

|            |  |          |  |               |              |
|------------|--|----------|--|---------------|--------------|
| Frecuencia |  | Duración |  | Último ataque | DD / MM / AA |
|------------|--|----------|--|---------------|--------------|

¿Cómo se consideran los ataques?  Leves  Moderados  Severos

|  |  |                            |  |
|--|--|----------------------------|--|
| Última visita a la sala de emergencias |  | Último ingreso al hospital |  |
| Fecha                                  | Frecuencia anual de visitas a la sala de emergencias | Fecha                      | Frecuencia anual de ingresos al hospital |
| DD / MM / AA                           |  | DD / MM / AA               |  |

Por favor proporcione la siguiente información:

|       |              |   |  |
|-------|--------------|---|--|
| Fecha | DD / MM / AA | Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies | Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb |
|-------|--------------|---|--|

|              |  |
|--------------|--|
| Fecha        | Espirometría (prueba de la función respiratoria) |
| DD / MM / AA |  |

|              |   |
|--------------|---|
| Fecha        | Interpretación de radiografía de tórax (incluya el reporte de radiología) |
| DD / MM / AA |   |

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Antecedentes como fumador | Otros comentarios |
| Cantidad por día          |                   |
| Por cuántos años          |                   |

Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado?  Sí  No  
Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo.

|                   |  |          |  |
|-------------------|--|----------|--|
| Nombre del médico |  | Teléfono |  |
|-------------------|--|----------|--|

Tratamiento ambulatorio

|  |
|--|
|  |
|--|

|          |  |          |  |
|----------|--|----------|--|
| Hospital |  | Teléfono |  |
|----------|--|----------|--|

Tratamiento en el hospital

|  |
|--|
|  |
|--|

### 3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

|        |  |  |  |
|--------|--|--|--|
| Nombre |  |  |  |
|--------|--|--|--|

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| Dirección |  |  |  |
|-----------|--|--|--|

|          |  |     |  |
|----------|--|-----|--|
| Teléfono |  | Fax |  |
|----------|--|-----|--|

|                    |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|
| Correo electrónico |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|

|       |              |       |  |
|-------|--------------|-------|--|
| Fecha | DD / MM / AA | Firma |  |
|-------|--------------|-------|--|

**Bupa Dominicana, S.A.**

Av. Winston Churchill No.1099 • Acropolis Center, 3er Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana Tel: (809) 955 2555 • [www.bupalud.com/MiBupa](http://www.bupalud.com/MiBupa)