

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 ☐ M ☐ Pies		Peso ☐ Kg ☐ 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