

CUESTIONARIO DE ASMA Y ENFERMEDADES PULMONARES

SEGUROS SURA, S. A. RNC 1-01-00834-2

Este cuestionario debe ser llenado en su totalidad por el médico tratante de la condición.

DATOS DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Primer Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento

Estatura (Pies y Pulgadas)	Peso (Libras)
----------------------------	---------------

Diagnóstico:

Fecha del diagnóstico:

Exámenes indicados. Favor anexarnos resultados:

Tratamiento indicado:

Indique si ha sido el paciente sometido a alguna intervención quirúrgica. En caso afirmativo, detalle:

Informe si el paciente se encuentra bajo tratamiento médico. En caso afirmativo, describa el tratamiento: e indique el nombre y la dosis de todo posible medicamento.

Con qué frecuencia ocurren las recaídas o ataques:	Fecha de la última recaída o ataque:
--	--------------------------------------

Cuán a menudo ha sido hospitalizado el paciente a razón del diagnóstico y en caso afirmativo indique la fecha de las dos últimas hospitalizaciones:

Fuma el paciente. En caso afirmativo cantidad diaria:

En caso de existir otras enfermedades, complicaciones o factores y síntomas no mencionados, favor detallar:

Fecha

Nombre del Médico

Fecha

Firma y sello