

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? <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> 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 Apellido Nombre Inicial.

Dirección

Teléfono Fax

Correo electrónico

Fecha DD / MM / AA Firma