

CUESTIONARIO DE ASMA Y ENFERMEDADES PULMONARES

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

Código:

R.A.: APS/DS/N°013/2021



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

--

¿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