

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