

ESTUDIO FUNCIONAL ESPIROMETRIA

Empresa:

Apellido y Nombre:

FECHA:

DNI:

Fecha Nac.:

Edad:

Peso:

Altura:

Oximetría:

Satura al %

Frecuencia Cardiaca: x`

DECLARACIÓN JURADA

Fumador:

SI

☐

NO

☐

EXFUMADOR

☐

Cantidad:

Antecedentes:

SI

☐

NO

☐

Detalle:

Usa Broncodilatador

SI

☐

NO

☐

Detalle:

Problemas para realizar el estudio:

SI

☐

NO

☐

Detalle:

Actualmente Problemas Respiratorios

SI

☐

NO

☐

Detalle:

Utiliza elementos de protección respiratoria

SI

☐

NO

☐

Detalle:

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL MEDICO