

CUESTIONARIO ASMA Y ENFERMEDADES PULMONARES

Información del paciente

Nombre y Apellidos completos

Fecha de nacimiento

Diagnóstico

Por favor proporcione detalles de cuando fue diagnosticada la condición

Fecha de la primera consulta

Detalles

Síntomas

Diagnóstico

¿Se ha sometido el paciente a alguna cirugía pulmonar? ☐ SÍ ☐ NO

Si responde "Sí", por favor proporcione detalles a continuación

Detalles

¿Está el paciente aún en tratamiento? ☐ SÍ ☐ NO

Si responde "Sí", describa el tratamiento e indique el nombre y la dosis de los medicamentos

Tratamiento

¿Con qué frecuencia ocurren las recaídas o ataques y cuánto duran?

Frecuencia

Duración

Último Ataque

¿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

Fecha

Espirometría (prueba de la función respiratoria)

Fecha

Interpretación de radiografía de tórax (incluya el reporte de radiología)

Fumador ☐ SÍ ☐ NO ☐ Por cuántos años ☐ Cantidad por día ☐ Comentarios

Han referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? ☐ SÍ ☐ NO

Nombre del Médico

Teléfono

Si responde "Sí", por favor proporcione la siguiente información

Diagnóstico

Tratamiento ambulatorio

Hospital

Teléfono

Tratamiento en el hospital

Información del médico tratante

Nombre y Apellidos completos

Dirección

Teléfono

Fax

Correo Electrónico

Fecha

Firma

