

**Cuestionario sobre Asma - Médico tratante**

**Paciente**

Apellidos:.....

Nombres:.....

Fecha de nacimiento:...../...../.....

(Nombre y dirección del médico)

1. ¿Cuánto tiempo ha estado el candidato bajo tratamiento suyo?

---

---

2. ¿A qué periodo se refiere, en cuanto al asma, la historia clínica del candidato?

---

---

3. ¿En qué edad se manifestó el asma, por primera vez?

---

---

4. ¿Cuál fue la fecha del último ataque?

---

---

5. ¿Cuántos ataques de asma ha sufrido el candidato durante los últimos 24 meses?

---

---

6. De estos ataques, ¿cuántos requirieron

a) asistencia por un médico?

---

---

b) entrada en una clínica?

---

---

7. ¿Considera Ud. el asma como

☐ De tipo extrínseco, no complicado o complicado por bronquitis crónica y/o enfisema

☐ De tipo intrínseco que complica o es complicado por bronquitis crónica y/o enfisema

8. El tratamiento de asma, ¿lo requiere a intervalos o continuamente?

---

9. ¿Tiene que ingerir el candidato corticosteroides o se le inyecta ACTH?

- ☐ Con intervalos.
- ☐ Continuamente.
- ☐ Si hay lugar, indique que preparación y que dosis.

---

10. ¿Qué otro tratamiento se requiere? (Indique preparación y dosis)

- ☐ Broncodilatadores orales.
- ☐ Broncodilatadores por inhalación.
- ☐ Broncodilatadores por supositorio.
- ☐ Corticosteroides por inhalación.
- ☐ Sodio cromoglicato ("Intal").
- ☐ Otro medicamentos.

---

---

---

---

---

11. ¿Se han practicado tests de función pulmonar? (En caso afirmativo, por favor, puntualice cuándo y con qué resultados, con los valores normales previstos)

---

---

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE