

CUESTIONARIO SOBRE ASMA

Para ser completado por el médico tratante

I- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Solicitante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Fecha de Nacimiento
Mes/Día/Año

Sexo

Peso
lb kg

Estatura
pies m

☐ M
☐ F

Fumador ☐ Si ☐ No

Cigarillos por día

Cantidad de años fumando

II- SÍNTOMAS Y/O SIGNOS DE LA ENFERMEDAD:

Fecha de inicio de síntomas y signos:

Cuáles fueron los síntomas iniciales de la enfermedad?

☐ Sibilancia

☐ Tos

☐ Presión o dolor precordial

☐ Falta de aire

☐ Infección respiratoria o fiebre

☐ Otras

Por favor explique

Forma de presentación:

☐ Episódica

☐ Continua

III- EL ASMA DE ESTE PACIENTE SE CLASIFICA COMO:

☐ Asma leve

☐ Asma moderada

☐ Asma leve persistente

☐ Asma severa

Fecha de diagnóstico de la enfermedad:

Frecuencia de Consulta

Frecuencia y duración de las crisis

Fecha de la última crisis

IV- RESULTADOS DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES:

Resultado

Fecha

Radiografía de tórax

Espirometría

V- HA ESTADO EL PACIENTE HOSPITALIZADO DEBIDO AL ASMA O A SUS COMPLICACIONES?

Respuesta

Diagnostico

☐ Si ☐ No

Fecha

VI- HA VISITADO EL PACIENTE UNA SALA DE EMERGENCIA DEBIDO AL ASMA O SUS COMPLICACIONES?

Respuesta

☐ Si ☐ No

Fecha

Diagnostico

--

	Nombre y Dosis	Fecha
Inmunoterapia		
Broncodilatadores		
Antiinflamatorios no esteroideos		
Glucocorticoides		
Antileucotrienos		
Antihistamínicos		
Control ambiental		
Otras		

VII- HA CONSULTADO EL PACIENTE ALGÚN OTRO MEDICO?

Respuesta

☐ Si ☐ No

Fecha

Información del médico

Nombre:

--

Especialidad:

--

Motivo:

--

VIII- COMENTARIOS SOBRE FACTORES DE RIESGO O ENFERMEDADES ADICIONALES, SUS COMPLICACIONES Y PRONOSTICO:

--

XI- INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ASISTENCIA:

Nombre y Apellido

--

Dirección de la oficina

--

Ciudad	Estado	Código postal	País

Teléfono	Correo electrónico

--	--

Firma del Médico

Fecha