

# CUESTIONARIO DE ASMA Y ENFERMEDADES PULMONARES

Para ser completado por el médico tratante  
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



## 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 medicamentos.

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

Frecuencia		Duración		Último ataque	DD / MM / AA
¿Cómo se consideran los ataques? <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> 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

**Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros**

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 • Quito - Ecuador  
Tel : (593-2)3965600 • Fax: (593-2)3965650 • [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com) • [SACecuador@bupalatinamerica.com](mailto:SACecuador@bupalatinamerica.com)

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO