

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? 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
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 Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • bdominicana@bupalatinamerica.com • www.bupalud.com