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 ☐ M ☐ Pies		Peso ☐ Kg ☐ 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	

18001 Old Cutler Road, Suite 500, Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 275 1500 , +1 (800) 321 5187 • Fax +1 (305) 275 1518 • www.bupasalud.com/MiBupa • bupa@bupalatinamerica.com