

FAVOR COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

Sección I. Datos del paciente

1. Apellidos:

2. Nombres:

3. Fecha de nacimiento:

4. Sexo:

Masculino

Femenino

5. Estatura:

Metros

Pies

6. Peso:

Kilos

Libras

7. ¿Fumador?:

Sí

No

8. Cigarrillos por día:

9. ¿Desde cuándo?:

10. ¿Hasta cuándo?:

Sección II. Síntomas y/o signos de la enfermedad

1. Fecha de inicio de síntomas y signos:

2. Sibilancias

Sí

No

3. Tos

Sí

No

4. Falta de aire

Sí

No

5. Presión o dolor precordial

Sí

No

6. Dificultad para dormir

Sí

No

7. Infección respiratoria o fiebre

Sí

No

8. Otros

Sí

No

9. Por favor explicar en detalle las respuestas contestadas de manera afirmativa:

Sección III. Diagnóstico**Sección IV. Severidad y frecuencia**

1. Leve

Sí

No

2. Leve persistente

Sí

No

3. Moderada

Sí

No

4. Severa

Sí

No

5. Inducida por ejercicio

Sí

No

6. Ocupacional

Sí

No

7. Alérgica

Sí

No

8. Crónica

Sí

No

9. Estacional

Sí

No

10. Episódica

Sí

No

11. Continua

Sí

No

12. Frecuencia con la que consulta al paciente:

13. Frecuencia y duración de las crisis:

14. Fecha de la última crisis:

Sección V. Resultados de exámenes efectuados para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad

1. Informe de espirometría:

2. Informe de rayos-X de tórax:

3. Pruebas con alérgenos específicos:

Sección VI. ¿Ha estado el paciente hospitalizado debido a esta enfermedad o a sus complicaciones?

Sí No
 1. Fecha:
 3. Diagnóstico:

2. Duración:

Sección VII. ¿Ha estado el paciente en sala de emergencias debido a esta enfermedad o a sus complicaciones?

Sí No
 1. ¿Cuántas veces en los últimos 3 años?:
 2. Diagnóstico:

3. Fechas:

Sección VIII. Tratamiento

INMUNOTERAPIA

1. Nombre: 2. Dosis / frecuencia:

MEDICAMENTOS

3. Nombre: 4. Dosis / frecuencia:

CIRUGÍA PULMONAR O DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

5. Resultado: 6. Fecha:

Sección IX. Otras enfermedades, complicaciones, factores de riesgo o síntomas no mencionados antes

Sección X. Información del médico tratante

1. Apellidos: 2. Nombres:

3. Dirección: 4. Correo electrónico:

5. Teléfono de la oficina: 6. Teléfono celular:

7. Firma y sello del profesional: 8. Fecha: