

BSW Pulmonary and Critical Care Specialists - Dallas

3600 Gaston Ave, Wadley 751 • Dallas, TX 75246 • Consultorio 469-800-8070 • Fax 469-800-8080

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Casado Viudo Divorciado Separado Soltero

Médico de atención primaria (nombre, núm. de teléfono): _____

¿Quién lo remitió a nuestra clínica? _____

¿Cuál es el motivo principal por el cual acude a un especialista en los pulmones?

- ¿Le FALTA EL AIRE al respirar? NO SÍ Si responde "SÍ", ¿con qué frecuencia? _____
(Haga un círculo en todo lo que corresponda) En reposo Al caminar Con el ejercicio
 - ¿QUÉ DISTANCIA PUEDE CAMINAR antes de que le falte el aire al respirar? _____
 - ¿USA OXÍGENO? NO SÍ (Si responde "SÍ", ¿cuánto usa? _____ L/min)
 - ¿Qué hace que EMPEORE la falta de aire al respirar? **(Haga un círculo en todo lo que corresponda)**

Infecciones respiratorias Irritantes (humo, perfumes, etc.) Emociones Embarazo

Medicinas (ibuprofeno, etc.) Cambios en el clima Ejercicio Menstruación Problemas de tiroides

- ¿Tiene TOS? NO SÍ Si responde "sí", ¿con qué FRECUENCIA? _____
 - ¿Tose con FLEMA? NO SÍ Si responde "SÍ", Color _____ Cantidad: _____
 - ¿Tose con SANGRE? NO SÍ Si responde "SÍ", Color _____ Cantidad: _____

Indique si recientemente ha tenido: (encierre en un círculo lo que corresponda)

- General: Fiebre Escalofríos Pérdida/Aumento de peso Sudor nocturno
- Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta: Ojos/boca seca Congestión nasal Goteo (moqueo) nasal Ronquera
- Pecho: Palpitaciones Dolor de pecho al respirar Opresión en el pecho Silbidos al respirar
- Vascular: Hinchazón en las piernas
- Renal: Mayor necesidad de orinar de noche
- Gastrointestinal: Acidez
- Piel: Cambios en la piel Cambios en las uñas Fácil formación de moretones
- Sueño: Soñolencia durante el día Ronca Se despierta con falta de aire en la noche Insomnio

Otros problemas: _____

BSW Pulmonary and Critical Care Specialists - Dallas

3600 Gaston Ave, Wadley 751 • Dallas, TX 75246 • Consultorio 469-800-8070 • Fax 469-800-8080

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

HISTORIAL MÉDICO: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO: _____

HISTORIAL FAMILIAR DE PROBLEMAS MÉDICOS: _____

HISTORIAL SOCIAL:

- **Uso de tabaco** **Ninguno** **Previamente** **Actualmente**
 - ¿Qué tipo? (Cigarrillo/puro/tabaco para masticar): _____
 - ¿Durante cuánto tiempo?: _____ ¿Ha tratado de dejar el hábito? **NO** **SÍ**
 ¿Cómo? _____
 - Cuándo dejó el hábito: _____
- ¿Uso actual o en el pasado de alcohol? **NO** **SÍ**
 - Si responde "Sí", ¿cuánta cantidad?: _____ Qué tipo: _____
 Con qué frecuencia: _____
- ¿Consumo actual o en el pasado de drogas ilegales? **NO** **SÍ**
 - Si responde "Sí", ¿cuánta cantidad?: _____ Qué tipo: _____
 Con qué frecuencia: _____

HISTORIAL DE EXPOSICIONES:

1. ¿Está expuesto a ANIMALES? ¿Tiene MASCOTAS en casa? (Si responde "Sí", ¿qué tipo?)

2. ¿A qué se dedica? _____
3. ¿Ha estado expuesto a químicos en el aire? **SÍ** **NO**

Si responde "Sí", ¿qué tipo? _____
4. ¿Ha estado expuesto a Asbesto? **SÍ** **NO**
5. Indique si reside en: LA CIUDAD o en una ZONA RURAL (encierre en un círculo)
6. ¿Ha viajado a algún sitio recientemente? Si responde "Sí", ¿a dónde? _____

BSW Pulmonary and Critical Care Specialists - Dallas

3600 Gaston Ave, Wadley 751 • Dallas, TX 75246 • Consultorio 469-800-8070 • Fax 469-800-8080

ESTUDIOS MÉDICOS PREVIOS: (encierre en un círculo el tipo específico si fue solo uno)

- 1. Radiografía del pecho/Tomografía (CT) del pecho Fecha/Lugar: _____
- 2. Pruebas de funcionamiento pulmonar Fecha/Lugar: _____
- 3. Biopsia pulmonar / Broncoscopía Fecha/Lugar: _____
- 4. Pruebas de detección de alergias Fecha/Lugar: _____
- 6. Estudio del sueño Fecha/Lugar: _____