

Cuestionario de salud pulmonar

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha: ____/____/____

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

¿Cuándo comenzaron los síntomas?

- ¿Le FALTA EL AIRE? SÍ NO Si responde "SÍ", 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? _____
- ¿USA OXÍGENO? SÍ NO (Si responde "SÍ", ¿cuánto usa? _____ L/min)
- ¿Se despierta con falta de aire por la noche? SÍ NO
- ¿Tiene otros síntomas junto con la falta de aire, p. ej., dolor de pecho, sibilancias, hinchazón en las piernas, mareos? _____
- ¿Qué hace que EMPEORE la falta de aire? Haga un círculo en todo lo que corresponda.
Infecciones respiratorias Irritantes (humo, perfumes, etc.) Ansiedad/Estrés
Medicinas (ibuprofeno, etc.) Cambios en el clima Ejercicio
Embarazo Al hablar Problemas de la tiroides

- ¿Tiene TOS? SÍ NO Si responde "SÍ", haga un círculo en todo lo que corresponda. En reposo Al
caminar Con el ejercicio

- ¿Tose con FLEMA? SÍ NO Si responde "SÍ", ¿qué color tiene?: _____ Cantidad: _____
- ¿Tose con SANGRE? SÍ NO Si responde "SÍ", ¿qué color tiene?: _____ Cantidad: _____
- ¿Qué hace que empeore la tos? Haga un círculo en todo lo que corresponda.
Infecciones respiratorias Irritantes (humo, perfumes, etc.) Al hablar
Medicinas (ibuprofeno, etc.) Cambios en el clima Ejercicio
- ¿Hay algo que haga que mejore la tos? P. ej., beber agua, medicamentos, etc.

- ¿Tiene una compañía de equipo médico duradero? SÍ NO Si responde "SÍ", ¿cuál? _____
○ ¿Qué tipo de equipo? _____

MEDICAMENTOS (Escríbalos a continuación): FARMACIA: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO

ALERGIAS:

¿Tiene alguna alergia a un medicamento? SÍ NO _____

¿Ha tomado alguna vez esteroides? SÍ NO

¿Cuál fue el período más largo de tratamiento con esteroides sin ninguna interrupción? _____

¿Cuál fue la dosis más habitual o el intervalo de dosis? _____

¿Presentó efectos secundarios de los esteroides? SÍ NO Si responde "SÍ", describa:

Cuestionario de salud pulmonar (cont.)

HISTORIAL SOCIAL:

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

HISTORIAL DE EXPOSICIÓN:

- ¿Está expuesto a ANIMALES/Tiene MASCOTAS en la casa? (Si responde "Sí", ¿qué tipo?)

- ¿A qué se dedica?

- ¿Ha estado expuesto a químicos en el aire? SÍ NO
Si responde "Sí", ¿qué tipo? _____
- ¿Ha estado expuesto a Asbesto? SÍ NO
- ¿Vive en una CIUDAD o en una zona RURAL? CIUDAD ZONA RURAL
- ¿Ha viajado a algún sitio recientemente? Si responde "Sí", ¿a dónde? _____

ESTUDIOS MÉDICOS PREVIOS:

- Si le hicieron una radiografía del pecho, ¿cuándo/dónde?: _____
- Si le hicieron una tomografía (TC) del PECHO, ¿cuándo/dónde?: _____
- Si le hicieron PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO PULMONAR, ¿cuándo/dónde?: _____
- Si le hicieron una BIOPSIA DEL PULMÓN, ¿cuándo/dónde?: _____
- Si le hicieron una BRONCOSCOPIA, ¿cuándo/dónde?: _____
- Si le hicieron una PRUEBA DE DETECCIÓN DE ALERGIAS, ¿cuándo/dónde?: _____
- Si le hicieron un ESTUDIO DEL SUEÑO, ¿cuándo/dónde?: _____

HISTORIAL FAMILIAR:

RELACIÓN	EDAD	EDAD AL FALLECER	ESTADO DE SALUD O CAUSA DE LA MUERTE
MADRE			
PADRE			
HERMANA			
HERMANO			
OTRO			

Datos clínicos pertinentes

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha: ____/____/____

SALUD EN GENERAL

- Fiebre
- Escalofríos
- Pérdida de peso
- Agotamiento
- Sudor nocturno/Diaforesis
- Debilidad

PIEL

- Sarpullido
- Picazón (comezón)

CABEZA/OÍDOS/NARIZ/GARGANTA

- Dolor de cabeza
- Pérdida auditiva
- Zumbido en los oídos/Tinnitus
- Dolor en los oídos
- Secreción en los oídos
- Sangrado nasal
- Congestión nasal
- Dolor de garganta

NEUROLÓGICO

- Mareos
- Debilidad
- Sensación de hormigueo
- Temblores
- Alteración en los sentidos
- Alteración en el habla
- Debilidad focal
- Convulsiones
- Pérdida del conocimiento

OJOS

- Visión borrosa
- Visión doble
- Ojos enrojecidos

CARDIOVASCULAR

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Falta de aire al acostarse
- Dolor de piernas al caminar/Claudicación
- Hinchazón en las piernas
- Falta de aire durante el sueño/DPN

RESPIRATORIO

- Tos
- Tos con sangre/Hemoptisis
- Producción de esputo
- Falta de aire
- Estridor
- Sibilancias

MUSCOLOESQUELÉTICO

- Dolor muscular/Mialgia
- Dolor de cuello
- Dolor de espalda
- Dolor en las articulaciones
- Caídas frecuentes

ENDO/ALERGIA/HEMA

- Moretones/Sangrado con facilidad
- Alergia ambiental

GASTROINTESTINAL

- Acidez
- Náuseas
- Vómitos
- Sed excesiva
- Dolor abdominal
- Diarrea
- Estreñimiento
- Sangre en las heces
- Heces oscuras/Melena

GENITOURINARIO

- Dolor al orinar/Disuria
- Frecuencia urinaria
- Sangre en la orina/Hematuria
- Dolor en un costado

PSICOLÓGICO

- Depresión
- Ideas suicidas
- Abuso de sustancias
- Alucinaciones
- Nerviosismo/Ansiedad
- Pérdida de la memoria

SUEÑO

- Somnolencia durante el día
- Apnea del sueño
- Ronquidos
- Falta de aliento que lo despierta de noche
- Insomnio
- Frecuencia urinaria por la noche