

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			