

6) ¿Cómo se consideran los ataques?

Leves Moderados Severos

7) Fecha de la última visita a la sala de emergencia

____ / ____ / ____
Mes Día Año

Frecuencia anual de visitas a la sala de emergencia _____

8) Fecha del último ingreso hospitalario:

____ / ____ / ____
Mes Día Año

Frecuencia anual de ingresos hospitalarios: _____

9) Resultado de:

a) Estatura _____ Peso _____

m pies kg lb

Fecha: ____ / ____ / ____
 Mes Día Año

b) Espirometría (Prueba de la Función Respiratoria) _____

Fecha: ____ / ____ / ____
 Mes Día Año

c) Interpretación de Radiografía de Tórax _____

Fecha: ____ / ____ / ____
 Mes Día Año

10) Antecedentes como fumador:

Cantidad por día _____ Por cuántos años _____

11) ¿Existen otras enfermedades, complicaciones, factores o síntomas que no hayan sido mencionados anteriormente?

12) Otros comentarios:

3 Información del Médico Tratante

Nombre: _____

Apellido

Nombre

Inicial

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

Número de fax: (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Firma del Médico Tratante

Fecha: ____ / ____ / ____
 Mes Día Año