



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Padecimientos Pulmonares

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: _____	Nombre del médico: _____
Nombre: _____	Dirección del médico: _____
Fecha de nacimiento : _____	Teléfono del médico: _____

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.
Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: _____				
Fecha del diagnóstico: _____		Fecha de la última consulta: _____		
Talla: _____	Peso: _____	Presión arterial: ____/____	<input type="checkbox"/> Tratada	<input type="checkbox"/> No Tratada
Fecha: _____				
	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
Etiología conocida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	_____
Presencia de:				
Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> en reposo <input type="checkbox"/> al esfuerzo <input type="checkbox"/> ligera	desde _____
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> durante más de 3 meses	_____
Expectoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> durante más de 3 meses abundante <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____
Hemoptisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	número de ataques en los últimos 2 años _____	_____
Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	localización _____	desde _____
Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> marcadas <input type="checkbox"/> difusas	desde _____
Otros signos de padecimientos asociados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> asma	desde _____
			<input type="checkbox"/> enfisema pulmonar	desde _____
			<input type="checkbox"/> bronquiectasia	desde _____
			<input type="checkbox"/> bronquitis obstructiva crónica	desde _____
			<input type="checkbox"/> bronquitis crónica	desde _____
			<input type="checkbox"/> tuberculosis pulmonar	desde _____
Tratamiento médico				
actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____
anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____
			<input type="checkbox"/> interrumpido	desde _____
Tratamiento corticosteroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
interrumpido ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
únicamente durante las crisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	duración _____	
Tratamiento quirúrgico (cirugía torácica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tipo _____	
			secuelas _____	



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Padecimientos Pulmonares

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
 FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

	No	Sí	Detalles		Fecha(s)
Respiración asistida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	duración _____		_____
Exámenes en los últimos 12 meses					
Radiografía del tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
Pruebas de la función pulmonar (espirometría)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normales	<input type="checkbox"/> anormales*	_____
			<input type="checkbox"/> progresivamente anormales*		
Análisis de los gases arteriales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
ECG*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal*	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
Recuento de los glóbulos rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
Signos de cor pulmonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuáles? _____ desde _____		_____
Hipoxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> anterior	<input type="checkbox"/> presente	
			<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> severa	
Otros factores que influyan en el pronóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> contaminación ambiental		

Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarrillo	número/día _____	
Dejó de fumar totalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			desde _____
Ausentismo por problemas respiratorios en los últimos 2 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frecuencia _____		
			duración _____		
Rogamos ampliar detalles en caso de:					
Asma					_____ fecha del último _____
	<input type="checkbox"/>		hipoxia entre los episodios agudos		
	<input type="checkbox"/>		pulmones limpios entre los ataques		
	<input type="checkbox"/>		asma crónica		
	<input type="checkbox"/>		dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> invalidante	
Bronquiectasias			congénitas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	afección localizada <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
	<input type="checkbox"/>		asintomáticas <input type="checkbox"/> síntomas mínimos		
	<input type="checkbox"/>		síntomas más que mínimos		
	<input type="checkbox"/>		3 lóbulos o más afectados		
			drenaje postural: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
			con intervalos: <input type="checkbox"/> menores a 6 meses	<input type="checkbox"/> mayores de 6 meses	
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>		específica	<input type="checkbox"/> no específica	
Pneumoconiosis			agentes responsables _____	etapa _____	
	<input type="checkbox"/>		continúa expuesto	<input type="checkbox"/> cesó exposición desde: _____	
*IMPORTANTE: se ruega proporcionar cualquier exploración anormal realizada así como los últimos trazos electrocardiográficos.					
FECHA:	FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE				