



NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA _____

¿Desde cuando presenta dificultad para respirar?

¿A qué hora del día experimenta la dificultad para respirar?

¿Qué actividad física se encuentra realizando cuando experimenta tal dificultad?

¿Cuántos pasos puede hacer o cuán lejos puede caminar antes de necesitar tomar un descanso?

¿La falta de aire sucedió repentinamente?

¿Los síntomas se agravaron? De ser así, ¿cómo?

¿Padece otros problemas/enfermedades pulmonares? ¿Cuáles?



¿Notó hinchazón en sus piernas o en su estómago? Sí No

¿Se desmayó o estuvo al borde del desmayo recientemente? Sí No

¿Se siente anormalmente cansado? Sí No

¿Tuvo alguno de estos otros síntomas?

SIBILANCIA SÍ NO

TOS SÍ NO

¿PRODUCTIVA? SÍ NO

¿SECA? SÍ NO

¿ESPUTO? SÍ NO

COLOR DEL ESPUTO: _____

¿CAMBIO EN EL COLOR DEL ESPUTO? SÍ NO

DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA SÍ NO
(PND, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

ORTOPNEA SÍ NO

HEMOPTISIS SÍ NO

Si afirmativo, cantidad (cucharadita, taza) y frecuencia

¿PÉRDIDA DE PESO? SÍ NO

Si afirmativo, ¿cuánto?

DOLOR DE PECHO SÍ NO

¿PLEURÍTICA? SÍ NO

¿CARDÍACA- SONORA? SÍ NO

¿NÁUSEA? SÍ NO

¿SUDORACIÓN? SÍ NO

FIEBRE SÍ NO

SUDORACIÓN NOCTURNA SÍ NO

PALPITACIÓN CARDÍACA SÍ NO

HINCHAZÓN DE TOBILLOS SÍ NO

NOTAS

