



CUESTIONARIO PARA PATOLOGÍA ASMÁTICA

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Completar este formulario si en el F.251 (Declaración Jurada de salud) Ud. contestó que sufre de asma.

SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA PERSONA CUYA VIDA SE ASEGURA

Apellidos _____

Nombres _____

Sírvase indicar la fecha de diagnosticada la enfermedad

Crisis Frecuencia: semanales sírvase indicar el número de crisis por semana

mensuales sírvase indicar el número de crisis por mes

Tipo de crisis: nocturnas diurnas

¿Las crisis requieren internación? Sí No

¿Las crisis le permiten desempeñar sus tareas con normalidad? Sí No

¿Cuál es la medicación suministrada en las crisis?

¿Toma medicación preventiva? Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar la medicación

Sírvase indicar si presenta alguna/s de las siguientes patologías respiratorias asociadas al cuadro asmático

Estado asmático (asma grave que dura horas o días) Sí No

Enfisema pulmonar obstructivo Sí No

EPOC u OCFA Sí No

Hipertensión pulmonar con cor pulmonale Sí No

Insuficiencia respiratoria Sí No

¿Presenta cuadros de alergia? Sí No

¿Fuma? Sí No

¿Tiene exámenes paraclínicos (placa tórax, funcional respiratorio, etc.) realizados en el último año? Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar el/los resultado/s

Fecha Firma de la persona cuya vida se asegura _____

C.I. _____ Aclaración de firma _____