



# Cuestionario de Enfermedades Pulmonares

Para ser completado por el médico tratante

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

Fumador  SÍ  NO  NUNCA

Si la respuesta es afirmativa:

Cantidad: \_\_\_\_\_ Si lo dejó, cuando: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

PESO

KG

LB

ESTATURA

M

PIES

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO(S) \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

PAÍS \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO MÉDICO

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

2. Diagnóstico definitivo \_\_\_\_\_

3. Fecha del diagnóstico (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

4. Tratamiento que ha recibido y/o recibe en la actualidad

5. ¿Existen o han existido complicaciones producto de la enfermedad descrita como atelectasias, neumotórax, Insuficiencia respiratoria, síndrome de distress respiratorio agudo, sepsis u otra complicación no respiratoria?

Continúa

6. Indique fechas y resultados de los siguientes exámenes. Por favor, incluir copia del reporte

PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS	FECHA (MM/DD/AAAA)
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	FECHA (MM/DD/AAAA)
BIOPSIA	FECHA (MM/DD/AAAA)
CUALQUIER OTRO EXÁMEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PULMONARES Y SUS RESULTADOS	FECHA (MM/DD/AAAA)

7. Conoce usted otros diagnósticos presentes en su paciente tales como:

<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Obesidad/Sobrepeso
<input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular/Desorden Sanguíneo	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Hipertensión	

Por favor, entregue detalles y fechas

DETALLES	FECHA (MM/DD/AAAA)
DETALLES	FECHA (MM/DD/AAAA)
DETALLES	FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

El contrato es emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada, compañía registrada en Ecuador. Servicio de administración de cobertura médica ofrecido por Best Doctors, Inc. en representación de Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada.  
[www.bestdoctorsinsurance.com](http://www.bestdoctorsinsurance.com)

Llamada de Cobro Revertido 1 305 269 2521  
Llamada Gratuita dentro de los EE .UU. 1 866 902 7775  
Llamada dentro de Ecuador 04 4008000