

## HISTORIA CLINICA

Fecha:    /    /    . No:                      Nacionalidad:

Nombre

Fecha de Nacimiento:    /    /    .Sexo: M / F

Domicilio:

Localidad:                                      C.P:                      Teléfono:

Nombre Padre:                                      Madre:

Médico de cabecera:                                      Teléfono:

**Peso:**                      **Altura:**

**ASMA LEVE INTERMITENTE:**  . **LEVE PERSISTENTE:**

**MODERADA:**  . **SEVERA:**  .

\*\*\*\*\*

Se debe MARCAR o HACER UN CIRCULO en la RESPUESTA CORRECTA:

1.Comienzo del Asma (edad): .....

2.Características: Tos  Jadeo o Fatiga  Silbidos ó chillidos en el pecho

3.Número de Crisis de Asma en el ultimo año: ..... por semana;.....por mes;  
.....por año

4.Intensidad (ultimo año): Leves(#)  Moderadas(##)  Intensas(###)

*#LEVE: crisis leves; < 1-2 por semana; crisis nocturnas: < 2 por mes.*

*##MODERADA: > de 1-2 crisis por semana; crisis nocturnas: > 2 por mes.*

*###SEVERA: crisis frecuentes; síntomas continuos; crisis nocturnas frecuentes;  
internaciones.*

5.Internaciones por Asma: Ninguna  / Una a Tres  / Más de Tres

6.Peor época del año: Invierno  Primavera  Verano

Otoño  Igual todo el año  No sabe/no contesta

7.Desencadenantes: Ejercicio  Resfrios o Bronquitis  Tabaco

Polvo de habitación  Cambio de tiempo  Emociones

Alimentos  Medicamentos

8. Practica Deportes o Actividades físicas: SI  / NO

Cuales?:

Cuántas horas por semana?:

9. El Ejercicio le provoca Asma?: SI  / NO

Cual ejercicio?:

Cuánto tiempo después de comenzar?:

Duración de la crisis:

10. Toma y/o inhala medicamentos?: SI  / NO

Cuales?:.....

.....  
.....  
.....

11. Se hace tratamiento con vacunas?: SI  / NO

12. Que medico lo atiende por el asma?: Alergista  Neumólogo

Pediatra

Clínico

Otro

Ninguno

13. ANTECEDENTES PERSONALES:

Alérgicos:

Otros:

14. ANTECEDENTES ALÉRGICOS FAMILIARES: Padre

Madre

Hermanos

Abuelos

\*\*\*\*\*

IgE:

Test alérgico:

RAST

ESPIROMETRIA: CVF:

VEF1:

FEF25-75:

PEF

\*\*\*\*\*

T.A.: Mx

Mn

Pulso:

Auscultación:

ECG: