

## CUESTIONARIO DE ASMA

1. ¿Desde cuándo padece de asma? \_\_\_\_\_
2. ¿Que tratamiento ha tenido? \_\_\_\_\_
3. Tratamiento actual: \_\_\_\_\_
4. ¿Qué médico le atiende y desde cuándo? \_\_\_\_\_
5. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por problemas de crisis asmática? \_\_\_\_\_
6. ¿Le ha quedado alguna secuela o restricción pulmonar debido al problema del asma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Ha sido necesario utilizar Esteroides en usted en alguna ocasión? \_\_\_\_\_
8. Cualquier otra información que pudiese dar sería de mucho valor:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tegucigalpa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_