

Su visita por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Qué esperar y qué preguntar



Su nombre: _____

¿Hay algún tema del que le gustaría hablar hoy? No Sí _____

¿Se ha producido algún cambio importante en su familia recientemente?

Ninguno Mudanza Cambio de empleo Separación Divorcio Muerte en la familia

Nueva mascota Otro Describir: _____

Información general de salud. Desde su última visita...	Sí	No	No estoy seguro/a
¿Ha tenido alguna enfermedad u hospitalizaciones importantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted o algún miembro de su familia han tenido algún problema médico nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay algún cambio en sus medicinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha aplicado la vacuna contra la neumonía o la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted o alguien de su entorno fuman (ya sea dentro o fuera de la casa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha estado en la sala de emergencias en los últimos 6 meses debido a su EPOC?

No Sí, 1-2 veces Sí, 3-4 veces Sí, 5-6 veces Sí, más de 6 veces

¿Ha estado hospitalizado debido a su EPOC en los últimos 12 meses?

No Sí, 1-2 veces Sí, 3-4 veces Sí, 5-6 veces Sí, más de 6 veces

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas de EPOC actualmente?

Tos, en especial, de noche Sibilancia Dificultad para respirar Opresión, dolor o presión en el pecho
 Tos seca que no produce moco

¿Tiene alguna otra afección relacionada con su EPOC?

Bronquitis crónica Asma Alergias

¿Su hijo usa un espaciador?

No No, no tiene uno. Sí, siempre. Sí, a veces. Sí, raras veces.
 Necesita usar, pero no tiene uno.

¿Usted usa un nebulizador?

No No, no tiene uno. Sí, siempre. Sí, a veces. Sí, raras veces.
 Necesita usar, pero no tiene uno.

¿Usa oxígeno?

No No, no lo tiene. Sí, siempre. Sí, a veces. Sí, raras veces.
 Necesita usar, pero no tiene.

¿Le gustaría obtener más información sobre alguno de los temas que se mencionan debajo? (Marque con un círculo todos los que quiera).

Medicinas/tratamientos	Síntomas	Hábitos saludables	Alimentación saludable
<ul style="list-style-type: none"> • Inhaladores y espaciadores • Nebulizadores • Oxígeno • Pruebas de función pulmonar • Prueba de gasometría arterial • Radiografía de tórax • Esteroides • Remedios a base de hierbas • Suplementos vitamínicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ataques/descadenantes de asma • Bronquitis • Alergias • Otro 	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar de fumar • Vacunas • Ejercicio • Cuándo llamar al doctor • Cita dental 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta saludable • Tentempiés saludables • Control del peso

Esto no es una herramienta de autodiagnóstico ni un plan de tratamiento. Por favor, consulte con su doctor y comparta este documento en su próxima visita.