

**PLAN DE ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA
SOLICITUD PARA EL INGRESO Y/O RENOVACIÓN**

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____

FECHA NAC.: _____

EDAD: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____

TELEFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO(IMPORTANTE): _____

ANTECEDENTES PERSONALES PREVIOS:Nunca fumó: Ex fumador: Fecha Cesación: Tabaquista actual: Contaminación ambiental: Exposición laboral: Infecciones respiratorias a
repetición:**TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS:**Si: No: **ENFERMEDAD ACTUAL:**Disnea: Espectoración anormal: Tós crónica: Silbidos en el pecho: **EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

Espirometria:

FEV1/FVC		%
----------	--	---

Radiografía de toráx frente:

Patológica		Normal	
------------	--	--------	--

PLAN TERAPEÚTICO INDICADO			
	DROGA/S	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA
RP1			
RP2			
RP3			

FECHA

APELLIDO Y NOMBRE PROFESIONAL

MATRÍCULA

FIRMA