

Fecha

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre y apellido

DNI

Fecha de nacimiento

Obra social - N° afiliado

Lugar de residencia

Ocupación

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

Fecha de diagnóstico confirmado

Etiología / Tipo de EPOC:

☐ EPOC-C (tabaco) ☐ EPOC-G (Genético) ☐ EPOC-D (Desarrollo Anormal) ☐ EPOC-P (Biomasa/Polución) ☐ EPOC-A (Asma)

CLASIFICACIÓN GOLD 2026 (Basado en FEV1 post-BD)

☐ GOLD 1: FEV1 ≥80% ☐ GOLD 2: FEV1 50-79% ☐ GOLD 3: FEV1 30-49% ☐ GOLD 4: FEV1 <30%

Grupo de riesgo GOLD:

☐ Grupo A ☐ Grupo B ☐ Grupo E

FUNCIÓN PULMONAR

Fecha de espirometría

Respuesta al broncodilatador

☐ Si ☐ No

CVF (ml / %)

VEF1 (ml / %)

VEF1/CVF

Pre-BD

_____ml _____%

_____ml _____%

Post-BD

_____ml _____%

_____ml _____%

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS

Escala mMRC

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

CAT Score (0 - 40)

EXACERBACIONES — ÚLTIMOS 12 MESES

Número de exacerbaciones por tipo

Tipo	Definición	Cantidad
Leves	Sin hospitalización, automanejo en casa	
Moderadas	Requirieron consulta con su médico + antibióticos y/o corticoides	
Severas	Requirieron hospitalización	

Detalle de Hospitalizaciones y consultas a Emergencias en los últimos 12 meses:

N° de internaciones	Duración promedio	Motivo / Diagnóstico	Fecha más reciente

ANTECEDENTES RELEVANTES

Tabaquismo

☐ Fumador activo ☐ Ex-fumador ☐ No fumador

Paquetes - año

Año de abandono (Si aplica)

Exposición ocupacional

☐ Ninguno ☐ Humo de leña ☐ Otros: _____

Déficit de alfa-1 antitripsina

☐ Si ☐ No

Tuberculosis

☐ Si ☐ No

Otros antecedentes relevantes

NOTA: Adjuntar estudios complementarios a la historia clínica.

pág. 01

COMORBILIDADES

Hipertensión arterial

☐ Si ☐ No ☐ Controlada ☐ No controlada

IAM previo

☐ Si ☐ No Fecha: / /

Insuficiencia cardíaca

☐ Si ☐ No ☐ Sistólica ☐ Diastólica

Arritmias

☐ Si ☐ No Especificar:_____

Hipertensión pulmonar

☐ Si ☐ No (si hay, ecocardiograma disponible)

Enfermedad coronaria

☐ Si ☐ No

Otras comorbilidades

☐ Diabetes ☐ Insuficiencia renal crónica Otras:_____

EXAMEN FÍSICO

TA (mmHg)

FC (bpm)

SatO2 basal (%)

Hallazgos pulmonares relevantes

Hallazgos cardiovasculares (edemas, soplos, ingurgitación yugular, etc.)

LABORATORIO y BIOMARCADORES

Fecha de los valores	Parámetro	Valor actual	Valor más alto (últimos 12 meses)
	EOS (sangre periférica)		
	PCR		
	Troponina (si sospecha cardiovascular)		

TRATAMIENTO ACTUAL

Estado de triple terapia (LABA/LAMA/ICS)

☐ Actualmente en triple terapia ☐ No está en triple terapia Justificación: _____

Si está en triple terapia

Tipo de dispositivo

Fecha de inicio

Principios activos

Doble: Cerrada:

OTROS MEDICAMENTOS

Corticoides orales (últimos 12 meses)

☐ Si ☐ No Frecuencia: _____

Agentes biológicos

☐ Si ☐ No Cuál: _____

Oxígeno domiciliario

☐ Si ☐ No Flujo: __ L/min

Macrólidos

☐ Si ☐ No

Roflumilast

☐ Si ☐ No

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Cesación tabáquica

☐ Si ☐ No

Técnica inhalatoria adecuada

☐ Si ☐ No

Rehabilitación pulmonar

☐ Si ☐ No

Monitoreo de adherencia

☐ Si ☐ No

IMÁGENES

Radiografía de tórax

TAC de tórax — Hallazgos principales:

☐ Enfisema ☐ Bronquiectasias ☐ Atrapamiento aéreo ☐ Otros: _____

VACUNACIÓN

☐ Antigripal ☐ Antineumocócica ☐ DPT ☐ VSR ☐ COVID ☐ Herpes Zóster

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA Y DECISIÓN TERAPÉUTICA JUSTIFICADA

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL