

CUESTIONARIO DE HIPERTENSIÓN

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:

Nombres completos: _____

Dirección consultorio: _____

Teléfono celular y consultorio: _____

Fecha: ciudad: _____ día: ____ mes: ____ año: _____

ASEGURADO PROPUESTO:

Nombres completos: _____

Dirección consultorio: _____

Número de celular: _____ Fecha de nacimiento: día: ____ mes: ____ año: _____

Ocupación: _____ Peso: _____

Sexo: _____ Género: _____ Estatura: _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

1. ¿Cuándo fue diagnosticada y tratada por primera vez la hipertensión y que procedimientos fueron utilizados para llegar al diagnóstico? Resultados de exámenes

2. ¿Cuáles son las causas fundamentales por las que el paciente mantiene este diagnóstico?

3. ¿Existe historial familiar positivo de hipertensión y/o de desórdenes cardíacos o circulatorios?
Si es afirmativo, por favor suministre detalles.

4. Detalle el promedio de ingestión de bebidas alcohólicas del paciente

5. ¿Cuál es el tratamiento y/o medicinas se han suministrado o se están suministrando al paciente? Por favor indique la dosis exacta.

6. ¿Con qué frecuencia se realiza al paciente controles de la hipertensión?

7. Resultados obtenidos de los niveles:

	ÚLTIMOS 2 AÑOS	ÚLTIMOS 3 MESES
Colesterol:	_____	_____
Presión arterial	_____	_____
Sodio:	_____	_____
Triglicéridos:	_____	_____
Pulsaciones:	_____	_____

8. ¿Se ha solicitado al paciente alguna interconsulta con otro especialista para evaluación adicional y/o terapia sobre la hipertensión?

9. Detallar fecha y procedimientos realizados, nombre y dirección del especialista.

10. Detallar fecha y los resultados del último electrocardiograma (en reposo y/o de esfuerzo "Stress Test") y radiografía de tórax.

11. ¿Existe la presencia de factores de riesgo o posibles complicaciones futuras? Si es afirmativo, por favor detalle.

12. ¿Conoce de cualquier otra dolencia diagnosticada y/o tratada en el pasado o presente, tales como Diabetes Mellitus, ¿Angina de pecho estable o inestable, desórdenes del corazón, circulación y sistema vascular o respiratorio? Si es afirmativo, por favor detalle.

13. ¿Es el paciente fumador? Si es afirmativo, indique desde cuándo y cuántos cigarrillos por día. Si el paciente no es fumador, pero lo fue, indique cuánto tiempo hace que dejó de fumar y la cantidad de cigarrillos que fumaba al día.

Firma y sello del médico tratante