



Cuestionario de Hipertensión

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

_____ APELLIDO (S)

_____ NOMBRES (S)

_____ FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/YYYY)

HISTORIA DE FUMADOR

_____ PESO (KG/LB)

_____ ESTATURA (M/PIES)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

_____ APELLIDO (S)

_____ NOMBRES (S)

_____ DIRECCIÓN

_____ NÚMERO DE TELÉFONO

_____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

CUESTIONARIO

1. ¿Desde cuándo conoce y trata al paciente? (MM/DD/AAAA) _____

2. Fecha del diagnóstico de hipertensión y procedimientos para el diagnóstico. Indique resultados:

3. Tratamiento que ha recibido y recibe actualmente

4. Indique fechas y resultados de los siguientes exámenes con vigencia de seis meses

Electrocardiograma (Proporcionar interpretación escrita) _____ Fecha (DD/MM/AAAA) _____

Radigrafía de Tórax _____ Fecha (DD/MM/AAAA) _____

5. Resultados de otros exámenes de importancia realizados como ecografías, angiografía coronaria, perfusión cardíaca y/o remisión a otro especialista _____

6. Proporcionar resultados de los siguientes exámenes, realizados en los últimos seis meses

Colesterol _____ Triglicéridos _____ Presión Arterial _____

HDL _____ LDL _____

7. ¿Conoce de factores de riesgo presentes, otras enfermedades médicas diagnosticadas, y/o tratadas en el presente o en el pasado como sobrepeso, angina de pecho, enfermedad sistémica, vascular y/o respiratoria, así como también complicaciones renales, retinianas? Por favor, provea detalles y fechas _____

_____ FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

_____ FECHA DD/MM/AAAA)