

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA		

2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de la primera consulta	Síntomas	
DD / MM / AA	Diagnóstico	

¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes síntomas? Si responde "Sí", por favor explique:

Síntoma	Fecha del primer síntoma	Severidad	Frecuencia
Falta de aire	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Pérdida de la consciencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	

¿Se ha sometido el paciente a alguna cirugía cardiovascular? Si responde "Sí", por favor proporcione detalles. Sí No

¿Está el paciente bajo tratamiento? Si responde "Sí", por favor describa el tratamiento e indique el nombre y la dosis de los medicamentos. Sí No

Por favor proporcione la siguiente información:

Fecha	DD / MM / AA	Estatura	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb	Presión arterial
-------	--------------	----------	----------------------------------------------------------	------	---------------------------------------------------------	------------------

Valores de pruebas realizadas en los últimos 6 meses:

Glucosa	Hemoglobina glicosilada	Creatinina	Potasio	Sodio
Colesterol total	HDL	LDL	Triglicéridos	Fundoscopia

Resultado de muestras proporcionadas durante los últimos 6 meses:

Orina	Sangre	Azúcar	Albumina
-------	--------	--------	----------

Por favor incluya el ECG y la interpretación de las radiografías de tórax que se hayan efectuado durante los últimos 12 meses. En caso de prolapso de válvula mitral o soplo cardiaco, por favor adjunte el resultado de la ecografía doppler.

Resultado del ECG	Fecha	DD / MM / AA
Resultado de radiografía	Fecha	DD / MM / AA

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE)			
Prueba		Fecha	Resultado
Ecocardiografía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Prueba de esfuerzo (cinta ergométrica)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Gammagrafía de perfusión miocárdica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Aclaramiento de creatinina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Antecedentes como fumador		Otros comentarios	
Cantidad por día	Por cuántos años		
¿Tiene el paciente parientes que sufren o han sufrido enfermedades cardiovasculares o arteriosclerosis antes de los 55 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", por favor explique:			
¿Hay algún otro factor, enfermedad, síntoma o complicación relevante que no se haya mencionado anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", por favor explique:			
¿Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo:			
Nombre del médico		Teléfono	
Tratamiento ambulatorio			
Hospital		Teléfono	
Tratamiento en el hospital			
3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Firma		Fecha	DD / MM / AA