

# CUESTIONARIO DE DESORDENES CARDIOVASCULARES/ HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para ser completado por el médico tratante

## I- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Solicitante (2 Apellidos, primer nombre e inicial del segundo)

Documento de  
Identificación

Fecha de nacimiento  
Mes/Día/Año

Sexo

Peso  
○ lb ○ kg

Estatura  
○ pies ○ m

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	--	----------------------	----------------------

Fumador  Si  No

Cigarillos por día

Cantidad de años fumando

## II- SÍNTOMAS Y/O SIGNOS DE LA ENFERMEDAD:

Fecha de inicio de síntomas y signos:

¿Cuáles fueron los síntomas iniciales de la enfermedad?

- |  |   |                                       |   |
|--|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Mareos           | <input type="radio"/> Facies enrojecida                   | <input type="radio"/> Dolor de cabeza | <input type="radio"/> Fatiga                    |
| <input type="radio"/> Epistaxis        | <input type="radio"/> Nerviosismo                         | <input type="radio"/> Visión borrosa  | <input type="radio"/> Edema                     |
| <input type="radio"/> Dolor precordial | <input type="radio"/> Taquicardia                         | <input type="radio"/> Arritmia        | <input type="radio"/> Intolerancia al ejercicio |
| <input type="radio"/> Venas varicosas  | <input type="radio"/> Cifras elevadas de tensión arterial |                                       |   |

Si la respuesta es "SI" por favor explique lo marcado u otro hallazgo al examen físico o interrogatorio:

## III- ¿EL PACIENTE HA PADECIDO O PADECE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="radio"/> Cardiopatía Coronaria     | <input type="radio"/> Enfermedades Cerebrovascular | <input type="radio"/> Arteriopatía Periférica | <input type="radio"/> Hipertensión Arterial |
| <input type="radio"/> Cardiopatía Reumatica     | <input type="radio"/> Endocarditis                 | <input type="radio"/> Cardiopatía Congénita   | <input type="radio"/> Miocarditis           |
| <input type="radio"/> Trombosis Venosa Profunda | <input type="radio"/> Embolia Pulmonar             | <input type="radio"/> Insuficiencia Cardíaca  | <input type="radio"/> Síndrome Metabólico   |

Si la respuesta es "SI" por favor explique el item marcado:

#### IV- TRATAMIENTO INDICADO

	Nombre y Dosis	Fecha
<input type="radio"/> Control dietético:		
<input type="radio"/> Modificación del estilo de Vida:		
<input type="radio"/> Cirugía Cardiovascular:		
<input type="radio"/> Medicamento:		
<input type="radio"/> Angioplastia:		

Tratamiento de Cirugía: Detalles de cirugía, fecha de cirugía y evolución

#### V- ¿HA ESTADO EL PACIENTE HOSPITALIZADO POR ALGÚN DESORDEN CARDIOVASCULAR O SUS COMPLICACIONES?

Respuesta	Diagnóstico
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Fecha	

#### VI- ¿HA CONSULTADO EL PACIENTE ALGÚN OTRO MÉDICO?

Respuesta	Diagnóstico
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Fecha	

#### VII- ¿EL PACIENTE HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES?

Insuficiencia Renal Crónica:  Si  No    Retinopatía:  Si  No    Infarto Agudo de Miocardio:  Si  No  
Hemiplejía:  Si  No    Trombosis:  Si  No    Hemorragia:  Si  No  
Enfermedad vascular Periférica:  Si  No

Detalles de Complicaciones

Fecha de Complicaciones

**VIII-RESULTADOS DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES  
REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES:**

	Resultado	Fecha
Electrocardiograma		
Colesterol Total		
HDL		
LDL		
Trigliceridos		
Creatinina		
Glucosa		

**IX- RESULTADO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:**

	Resultado	Fecha
Ecocardiograma		
Prueba de esfuerzo cardiovascular		
Arteriografía		
Otros estudios complementarios		

**X- COMENTARIOS SOBRE FACTORES DE RIESGO O ENFERMEDADES ADICIONALES, SUS COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO:**

**XI- INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ASISTENCIA:**

Nombre y dos apellidos

Dirección de la oficina

Dirección

Ciudad

Departamento

Código postal

País

--	--	--	--

Teléfono

Correo electrónico

--	--

Firma y sello del médico

Código del médico

Fecha

--	--	--