

1. MÉDICO DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres Completos

Dirección:

Número de teléfono:

1.1 ASEGURADO PROPUESTO

Apellidos y Nombres Completos

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

Mes Día Año

Edad

Dirección

Ocupación

Número de teléfono

Estatura

Mts. / Cms.

Pies / Pulgadas

Peso

Kgs.

Lbs.

2. INFORMACIÓN MÉDICA

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente?

2. ¿Cuándo fue diagnosticada y tratada por primera vez la(s) enfermedad(es) coronarias y qué procedimientos para diagnóstico fueron utilizados? Por favor, indique fechas y resultados.

Mes

Día

Año

Resultados

Procedimientos

3. ¿Cuáles pueden ser las causas fundamentales?

4. ¿Desde cuándo y qué clase de tratamiento y/o medicinas se han suministrado o se están suministrado al paciente?
Por favor indique la dosis exacta:

Medicamento

Dosis

Medicamento

Dosis

5. ¿Con qué frecuencia usted controla la(s) enfermedad(es) coronaria(s) al paciente?

6. ¿Ha sido el paciente alguna vez remitido a otro especialista para evaluación adicional, como angiografía coronaria, ventriculografía, perfusión miocárdica y/o terapia para la referida condición?

Afirmativo

Negativo

De ser afirmativo, indique la fecha y procedimientos realizados, así como el nombre y dirección del especialista

Nombre del especialista

Dirección

Mes

Día

Año

Procedimientos realizados

7. Favor indique los resultados obtenidos en los últimos dos años y dentro de los últimos tres meses, de los niveles de:

Colesterol

Triglicéridos

Sodio

Presión arterial

Pulsaciones

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

Resultados electrocardiograma

Mes

Día

Año

Resultados radiografía de tórax

Mes

Día

Año

9. ¿Existe la presencia de factores de riesgos o posibles complicaciones futuras? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.

Afirmativo

Negativo

10. ¿Hay historia familiar positiva de enfermedades coronarias y/o desórdenes cardíacos o circulatorios? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.

Afirmativo

Negativo

11. ¿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 suministre detalles.

Diabetes Mellitus

Angina de Pecho

Desórdenes de corazón

Desórdenes de circulación

Sistema vascular

Sistema respiratorio

12. ¿Es el paciente fumador? Si es afirmativo, por favor indique desde cuándo y cuántos cigarrillos consume 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.

Afirmativo Cantidad de cigarrillos diarios Mes Día Año

Negativo

13. ¿Cuál es el promedio de ingesta de bebidas alcohólicas del paciente?

[Empty box for signature]

Firma del Médico Tratante

[Empty box for date]

Fecha