

1. MÉDICO TRATANTE

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 hipertensión y qué procedimientos para diagnósticos fueron utilizados? Por favor, indique fechas y resultados.

Procedimientos utilizados

Mes

Día

Año

Fechas y resultados

3. ¿Cuáles pueden ser las causas fundamentales?

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

Tratamiento del paciente

Mes

Día

Año

Dosis exacta

5. ¿Con qué frecuencia usted controla la hipertensión al paciente?

6. ¿Ha sido el paciente alguna vez remitido a otro especialista para evaluación adicional y/o terapia para la condición referida?

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 hipertensión y/o de 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.

<input type="checkbox"/> Afirmativo	Cantidad de cigarrillos diarios		Mes	Día	Año
<input type="checkbox"/> Negativo					

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

Firma del Médico Tratante

Fecha