



Cuestionario Extendido de Hipertensión Arterial

Nombre(s): _____

Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

1. Fecha de diagnóstico: _____
2. Fecha de la primera manifestación de la enfermedad: _____
3. Fecha de la primera consulta a causa de esta enfermedad: _____
4. Actualmente tiene tratamiento antihipertensivo: SI ☐ NO ☐
5. Qué medicamento(s) toma y desde cuándo y cuál es la dosis y frecuencia: _____

6. Ha cambiado el medicamento: SI ☐ NO ☐ por cuál y por qué: _____

7. Su médico tratante es: Especialista ☐ Homeópata ☐ Familiar ☐ Naturista ☐
Otro ☐ Especifique en caso de especialista u otro: _____

8. Se ha realizado alguna vez exámenes o análisis relacionados con la presión sanguínea, como por ejemplo, registros de la presión sanguínea por 24 horas, electrocardiograma, ecocardiograma, examen de orina, etc. : SI ☐ NO ☐

9. Cuál fue el resultado(anote el nombre del estudio, describa en que consistió y/o anexe el estudio): _____

10. Tiene familiares directos con antecedentes de Hipertensión: _____
Especifique tipo y parentesco familiar: _____

11. Ha estado hospitalizado a causa de la enfermedad: SI ☐ NO ☐ Cuántos días: _____

Motivo: _____

Tuvo alguna complicación: _____



12. Tiene alguna enfermedad asociada a la hipertensión: ☐ SI ☐ NO Cuál(es): _____

13. Cuándo fue la última vez que visito a su médico: _____

14. Por favor anote el nombre, dirección y teléfono(s) de su médico tratante incluyendo clave lada:

15. Por favor anote cualquier información adicional que considere importante:

"Declaro que todas y cada una de las declaraciones vertidas en el presente Cuestionario Médico de Hipertensión Arterial han sido respondidas con veracidad a mi saber y entender; y que no he ocultado información alguna que pueda influir en la evaluación o aprobación de la presente solicitud.

Tengo conocimiento que el presente formulario forma parte de mi solicitud de seguro de gastos médicos y que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de cualquiera de los hechos mencionados pueden ser causa de rescisión del contrato sobre seguro sin responsabilidad para PREVEM SEGUROS, S.A. DE C.V., de conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro."

Fecha y Lugar: _____

Nombre y Firma