

CUESTIONARIO DE DECLARACIÓN ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN

Información del paciente

Nombre y Apellidos completos

Fecha de nacimiento

Diagnóstico

Por favor proporcione detalles de cuando fue diagnosticada la condición

Fecha de la primera consulta

Detalles

Síntomas

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 SÍ NO

Dolor en el pecho SÍ NO

Pérdida de la consciencia SÍ NO

Mareos SÍ NO

Palpitaciones SÍ NO

Otro SÍ NO

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

Detalles

¿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

Detalles

Por favor proporcione la siguiente información:

Fecha Estatura Metros Pies Peso Kg Lb Presión Arterial

Valores de pruebas realizadas en los últimos 6 meses:

Glucosa Hemoglobina glicosilada Creatinina Potasio Sodio

Colesterol total HDL LDL Triglicéridos Fundoscopia

CUESTIONARIO DE DECLARACIÓN ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN

Diagnóstico

Resultado de muestras proporcionadas durante los últimos 6 meses

Orina

Sangre

Azúcar

Albúmina

Por favor incluya el ECG 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

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (incluya el reporte)

PRUEBAS

Ecocardiografía

SÍ

NO

Resultado

Fecha

Prueba de esfuerzo
(cinta ergométrica)

SÍ

NO

Resultado

Fecha

Gammagrafía de
perfusión miocárdica

SÍ

NO

Resultado

Fecha

Aclaramiento de
creatinina

SÍ

NO

Resultado

Fecha

Otra

SÍ

NO

Resultado

Fecha

Por cuántos años

Cantidad por día

Comentarios

Fumador

SÍ

NO

CUESTIONARIO DE DECLARACIÓN ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN

Diagnóstico

¿Tiene el paciente parientes que sufren o han sufrido enfermedades cardiovasculares o arteriosclerosis antes de los 55 años de edad?

Si responde "Sí", por favor explique:

Detalle

¿Hay algún otro factor, enfermedad, síntoma o complicación relevante que no se haya mencionado anteriormente?

SÍ NO

Si responde "Sí", por favor explique:

Detalle

¿Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado?

SÍ NO

Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo:

Nombre del médico

Teléfono

Tratamiento ambulatorio

Hospital

Teléfono

Tratamiento en el hospital

Información del médico tratante

Nombre y Apellidos completos

Dirección

Teléfono

Fax

Correo Electrónico

Firma

Fecha