

### Cuestionario sobre Hipertensión - Médico tratante

#### Paciente

Apellidos:.....

Nombres:.....

Fecha de nacimiento:...../...../.....

#### Médico tratante

(Nombre y dirección del médico)

1. ¿Cuándo se detectó por primera vez la hipertensión de su paciente y cuáles fueron las lecturas de la presión arterial en dicha ocasión?

2. ¿Se han efectuado estudios para determinar la causa? De ser así, ¿cuáles fueron los resultados y el diagnóstico final?

3. ¿Se le dio al paciente un tratamiento antihipertensivo u otros fármacos?

☐ Si

☐ No

En caso afirmativo:

a) ¿Cuándo comenzó el tratamiento?

b) ¿Cuál fue la presión arterial promedio inmediatamente antes de empezar el tratamiento?

c) ¿Qué medicamentos toma actualmente el paciente?

d) ¿Sigue su paciente el tratamiento al pie de la letra?

e) ¿Considera Ud. que la enfermedad está controlada de forma satisfactoria?

f) Si se ha modificado o suspendido el tratamiento, proporcione toda la información al respecto y fechas.

4. Indique todos los niveles de presión arterial en el último año y las fechas de las respectivas tomas. Si se ha controlado la presión arterial menos de 3 veces en este periodo, indique las últimas tres tomas y las fechas de las mismas.

5. ¿Se ha llegado a hospitalizar al paciente para un control de su hipertensión o de un trastorno relacionado?

☐ Si

☐ No

En caso de afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo fechas

6. ¿Se ha llegado a detectar complicaciones de la hipertensión?

a) Retinopatía

☐ Si

☐ No

b) Hipertrofia ventricular izquierda

☐ Si

☐ No

c) Nefropatía

☐ Si

☐ No

En caso afirmativo, indique la fecha de la evaluación y el grado / alcance de la complicación

7. Indique las fechas y los resultados de todo ECG, ecocardiografía, radiografía o cualquier otro estudio realizado desde que comenzó con el tratamiento.

---

---

8. Proporcione toda la información relacionada con análisis de sangre o de orina efectuados en los últimos dos años.

---

---

9. ¿Ha dado lugar la enfermedad a una ausencia importante del trabajo (más de una semana)?

☐ Si

☐ No

En caso afirmativo, proporcione información al respecto, incluyendo fechas y duración de la ausencia laboral.

---

---

10. Comente todo factor que no haya sido mencionado arriba, que pueda llegar a influir en el pronóstico de la hipertensión de su paciente como, por ejemplo, tabaquismo, obesidad, diabetes, etc.

---

---

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE