

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CORONARIAS

(A ser completado por el médico tratante)

MEDICO TRATANTE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

ASEGURADO PROPUESTO:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Ocupación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Estatura: _____ Peso: _____

INFORMACION MEDICA:

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

2. ¿Cuándo le fue diagnosticado por primera vez la(s) enfermedad(es) coronaria(s) al paciente y que procedimientos para diagnósticos fueron utilizados? Por favor, indique fechas y resultados.

3. ¿Cuáles pueden ser las causas fundamentales?

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

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?

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

7. Favor indique los resultados de 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 del tórax:

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

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

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:

12. ¿Es el paciente fumador? Si es afirmativo, por favor indique desde cuándo y cuántos cigarrillos por día. Si el paciente no es fumador pero lo fue, indique hace cuánto tiempo y cantidad de cigarrillos que fumaba por día.

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

Firma del médico tratante

Fecha