

# CUESTIONARIO DE DESORDENES CARDIOVASCULARES/ HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para ser completado por el médico tratante

## I- INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del Solicitante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Fecha de Nacimiento  
Mes/Día/Año

Sexo

Peso  
lb kg

Estatura  
pies m

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--	----------------------	----------------------

Fumador ☐ Si ☐ No

Cigarillos por día

Cantidad de años fumando

## II- SÍNTOMAS Y/O SIGNOS DE LA ENFERMEDAD:

Fecha de inicio de síntomas y signos:

Cuáles fueron los síntomas iniciales de la enfermedad?

☐ Mareos

☐ Facies enrojecida

☐ Dolor de cabeza

☐ Fatiga

☐ Epistaxis

☐ Nerviosismo

☐ Visión borrosa

☐ Edema

☐ Dolor precordial

☐ Taquicardia

☐ Arritmia

☐ Intolerancia al ejercicio

☐ Venas varicosas

☐ Cifras elevadas de tensión arterial

Si la respuesta es "SI" por favor explique:

## III- EL PACIENTE HA PADECIDO O PADECE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

☐ Cardiopatía Coronaria

☐ Enfermedades Cerebrovasculares

☐ Arteriopatía Periférica

☐ Hipertensión Arterial

☐ Cardiopatía Reumática

☐ Endocarditis

☐ Cardiopatía Congénita

☐ Miocarditis

☐ Trombosis Venosa Profunda

☐ Embolia Pulmonar

☐ Insuficiencia Cardíaca

☐ Síndrome Metabólico

Si la respuesta es "SI" por favor explique:

#### IV- TRATAMIENTO INDICADO

	Nombre y Dosis	Fecha
<input type="radio"/> Control dietético:		
<input type="radio"/> Modificación del estilo de Vida:		
<input type="radio"/> Cirugia Cardiovascular:		
<input type="radio"/> Medicamento:		
<input type="radio"/> Angioplastia:		

☐ Tratamiento de Cirugía: Detalles de cirugía, fecha de cirugía y evolucion

#### V- HA ESTADO EL PACIENTE HOSPITALIZADO POR ALGÚN DESORDEN CARDIOVASCULAR O SUS COMPLICACIONES?

Respuesta	Diagnostico
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Fecha	

#### VI- HA CONSULTADO EL PACIENTE ALGÚN OTRO MEDICO?

Respuesta	Diagnostico
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Fecha	

#### VII- EL PACIENTE HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES?

Insuficiencia Renal Crónica: ☐ Yes ☐ No    Retinopatía: ☐ Yes ☐ No    Infarto Agudo de Miocardio: ☐ Yes ☐ No

Hemiplejia: ☐ Yes ☐ No    Trombosis: ☐ Yes ☐ No    Sangramiento ☐ Yes ☐ No

Enfermedad vascular Periférica: ☐ Yes ☐ No

Detalles de Complicaciones

Fecha de Complicaciones

## VIII-RESULTADOS DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES:

	Resultado	Fecha
Electrocardiograma		
Colesterol total		
HDL		
LDL		
Triglicéridos		
Creatinina		
Glucosa		

## IX- RESULTADO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

	Resultado	Fecha
Ecocardiograma		
Prueba de esfuerzo cardiovascular		
Arteriografía		
Otros estudios complementarios		

## X- COMENTARIOS SOBRE FACTORES DE RIESGO O ENFERMEDADES ADICIONALES, SUS COMPLICACIONES Y PRONOSTICO:

--

## XI- INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ASISTENCIA:

Nombre y Apellido

--

Dirección de la oficina

Dirección

--

Ciudad

Estado

Código postal

País

--	--	--	--

Teléfono

Correo electrónico

--	--

Firma del Médico

Fecha

--	--