

CUESTIONARIO DE HIPERTENSION

Para ser Completado por el Médico Tratante

Número de Expediente _____

Nombre del Solicitante _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Médico Tratante _____

SI NO

1. ¿Cuándo se detectó por primera vez la tensión arterial elevada? _____

2. Favor de reportar las cifras representativas, incluyendo la máxima y la mínima con fechas antes de que se empezara el tratamiento _____
_____3. ¿Han habido complicaciones o síntomas de alteración cardíaca, renal o retiniana?..... ☐ ☐
En caso afirmativo, dar detalles específicos. _____
_____4. ¿Ha habido alguna anormalidad electrocardiográfica, de rayos-x, o de química sanguínea? ☐ ☐
En caso afirmativo, dar detalles específicos. _____
_____5. ¿Qué tratamiento se ha utilizado? Favor de reportar los nombres de los medicamentos y la dosis. _____

_____6. ¿Cómo reaccionó al tratamiento? Favor de reportar las cifras representativas de la presión arterial después del tratamiento. _____

_____7. ¿Continúa el tratamiento hasta la fecha? ☐ ☐
En caso afirmativo, favor indicar el medicamento y la dosis. _____

_____8. ¿Ha recibido tratamiento para la hipertensión de algún otro médico? ☐ ☐
En caso afirmativo, favor indicar los nombres y dirección de los médicos y las fechas. _____

_____9. ¿Ha tratado a este paciente por alguna otra causa aparte de la hipertensión? ☐ ☐
En caso afirmativo, favor proporcionar la razón, tratamiento y fechas. _____

Si están disponibles electrocardiogramas, reportes de rayos-x, y estudios de laboratorio practicados, favor de prestárnoslos. Serán bien cuidados y devueltos a la brevedad. Favor de indicar aquí si nos está enviando dicho material. Si es necesario, favor de utilizar una hoja adicional para reportar detalles que puedan aclarar la historia médica.

Firma del Médico Tratante_____
Fecha

HYPERTENSION QUESTIONNAIRE

To be Completed by the Applicant's Attending Physician

File Number _____

Name of Applicant _____ Date of Birth _____

Name of Attending Physician _____

YES NO

1. When was elevated blood pressure first noticed? _____

2. Please report readings, including the highest and lowest, with dates, before treatment began. _____

3. Were there any complications or symptoms of cardiac, renal or retinal impairment? ☐ ☐

If yes, please give specific data. _____

4. Were there any electrocardiographic, x-ray, or blood chemistry abnormalities? ☐ ☐

If yes, please give specific data. _____

5. What treatment was used? Please give names of drugs and dosage. _____

6. What was the response to the treatment? Please report post-treatment blood pressures with dates.

7. Is treatment continuing at present? ☐ ☐

If yes please name medication and dosage. _____

8. Has any other physician treated his/her hypertension? ☐ ☐

If yes, please give doctors' names and addresses, and dates. _____

9. Have you treated this patient for any other reason than hypertension? ☐ ☐

If yes, please give reason(s), treatment and dates. _____

If past electrocardiograms and reports on x-rays and any laboratory studies are available, please lend them to us. They will be well cared for and returned to you promptly. Please indicate here if you are sending such material to us. Please use a blank sheet of paper if necessary, to report details which will clarify this medical history.

Attending Physician

Date