

CUESTIONARIO ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES E HIPERTENSIÓN

SEGUROS SURA, S. A. RNC 1-01-00834-2

Este cuestionario debe ser llenado en su totalidad por el médico tratante de la condición.

DATOS DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Primer Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento

Estatura (Pies y Pulgadas)	Peso (Libras)
----------------------------	---------------

Diagnóstico

Fecha del diagnóstico

Tratamiento indicado

Ha cambiado usted el medicamento en los últimos 3 años: Sí No En caso afirmativo, detalle.

Frecuencia de visitas del paciente

Tiene el paciente antecedentes de enfermedades cardiovasculares o ha sido sometido a intervenciones quirúrgicas y/o coronarias. Sí No
En caso afirmativo, detalle las mismas, procedimientos y pronósticos. Anexar resultados de una ecocardiografía doppler; y de la más reciente angiografía coronaria, si la hubiera; así como de intervenciones coronarias percutáneas (ICP) y/o implantes de derivación de arteria (o bypass), dado el caso.

Se encuentra el paciente todavía bajo tratamiento médico. Sí No
En caso afirmativo, describa por favor el tratamiento; e indique el nombre y la dosis de todo posible medicamento.

Indique las tres últimas lecturas de presión con sus fechas

1	2	3
---	---	---

Favor anexas los resultados de los exámenes detallados a continuación:

Colesterol total	Triglicéridos, en ayunas	Glucosa, en ayunas
Albumina y azúcar en la orina	Sodio	Creatinina
Colesterol HDL, en ayunas	Colesterol LDL	Potasio

Anexas resultados de último electrocardiograma que se le realizó al paciente, que debe tener vigencia no mayor de 6 meses.

Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Médico	Firma y sello