



BEST MERIDIAN

INSURANCE COMPANY

CUESTIONARIO DE HIPERTENSION

(Para 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 fue diagnosticada y tratada por primera vez la hipertensión y que procedimientos para diagnósticos fueron utilizados? Por favor indique fechas y resultados.

3. ¿Cuales pueden ser las causas fundamentales?

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

5. ¿Con qué frecuencia usted controla la hipertensión del paciente?

6. ¿Ha sido el paciente alguna vez remitido a otro especialista para evaluación adicional y/o terapia para la condición referida?

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

7. Favor indique los resultados obtenidos en 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 de 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 hipertensión y/o de 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 cuando y cuántos cigarrillos por día. Si el paciente no es fumador pero lo fue, indique cuánto tiempo hace que dejó de fumar y la cantidad de cigarrillos que fumaba al día.

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

Firma del Médico Tratante

Fecha