

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN



Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial.
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA		

2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada

Fecha de la primera consulta	Síntomas
DD / MM / AA	Diagnóstico

¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes síntomas? Si responde "Sí", por favor explique.

Síntoma	Fecha del primer síntoma	Severidad	Frecuencia
Falta de aire <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Pérdida de la consciencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Mareos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Palpitaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		

¿Se ha sometido el paciente a alguna cirugía cardiovascular? Si responde "Sí", por favor proporcione detalles. Sí No

¿Está el paciente bajo tratamiento? Si responde "Sí", por favor describa el tratamiento e indique el nombre y la dosis de los medicamentos. Sí No

Por favor proporcione la siguiente información

Fecha	DD / MM / AA	Estatura	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb	Presión arterial
-------	--------------	----------	--	------	---	------------------

Valores de pruebas realizadas en los últimos 6 meses

Glucosa	Hemoglobina glicosilada	Creatinina	Potasio	Sodio
Colesterol total	HDL	LDL	Triglicéridos	Fundoscopia

Resultado de muestras proporcionadas durante los últimos 6 meses

Orina	Sangre	Azúcar	Albúmina
-------	--------	--------	----------

Por favor incluya el ECG y la interpretación de las radiografías de tórax que se hayan efectuado durante los últimos 12 meses. En caso de prolapso de válvula mitral o soplo cardíaco, por favor adjunte el resultado de la ecografía doppler.

Resultado del ECG	Fecha	DD / MM / AA
Resultado de radiografía	Fecha	DD / MM / AA

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE)

Prueba	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha	Resultado
Ecocardiografía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Prueba de esfuerzo (cinta ergométrica)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Gammagrafía de perfusión miocárdica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Aclaramiento de creatinina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	

Antecedentes como fumador		Otros comentarios
Cantidad por día	Por cuántos años	

¿Tiene el paciente parientes que sufren o han sufrido enfermedades cardiovasculares o arteriosclerosis antes de los 55 años de edad? Sí No
Si responde "Sí", por favor explique.

¿Hay algún otro factor, enfermedad, síntoma o complicación relevante que no se haya mencionado anteriormente? Sí No
Si responde "Sí", por favor explique.

¿Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? Sí No
Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo.

Nombre del médico		Teléfono	
Tratamiento ambulatorio			
Hospital		Teléfono	
Tratamiento en el hospital			

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Firma		Fecha	DD / MM / AA