

Datos del Candidato

Nombre y apellidos _____

Domicilio _____

Fecha de nacimiento _____

¿Desde cuándo trata al su paciente?

Cifras de T.A. en aquella primera exploración

Diagnóstico

Hipertensión:

_____ Esencial _____ Secundaria _____ Maligna

Fecha del diagnóstico: _____

Fecha de la última consulta: _____

Medidas realizadas en los dos últimos años

Fecha	Sist.	Diast.

Causa indeterminada

___ Sí ___ No

Observaciones: _____

Si HTA secundaria: causa _____

Tratamiento específico

Observaciones:

¿HTA aún presente?.

___ Sí ___ No

Tratamiento anti-hipertensivo

___ Sí ___ No

Observaciones:

¿Cuál?

¿Desde cuándo? _____

¿Aún presente? ___ Sí ___ No

En caso negativo interrumpido desde

Otros tratamientos

___ Sí ___ No

Observaciones:

¿Cuáles?

¿Desde cuándo? _____

RX tórax: Cardiomegalia

___ Sí ___ No

Observaciones:

Fecha _____

ECG(*) Reposo

___ Sí ___ No

___ Normal ___ Anormal

Observaciones:

Fecha _____

ECG(*) Esfuerzo

___ Sí ___ No

___ Normal ___ Anormal

Observaciones:

Fecha _____

¿La función renal es normal o hay alteraciones en los análisis (creatinina, urea, albúmina, sedimento, etc)?

___ Sí ___ No

Observaciones:

¿Cuáles?

Fecha _____

Retinopatía hipertensiva o arteriosclerótica

___ Sí ___ No

Observaciones:

Fondo de ojo: grado

Fecha _____

¿Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica antes de los 60 años?

___ Sí ___ No

Observaciones:

___ Padre ___ Madre ___ Hermano(s) ___ Hermana(s)

Fumador

___ Sí ___ No

Cigarrillos/número por día: _____

¿Cree que el tipo de vida y/o personalidad del paciente beneficia o perjudica su evolución?

¿Hay algunos otros detalles relevantes que pueden afectar la prognosis?

___ Estatura ___ Peso

****IMPORTANTE** Se ruega proporcionar los últimos trazados electrocardiográficos realizados.**

Declaro que las respuestas son verdaderas a mi leal saber y entender y que no he ocultado información material que pueda influir en la evaluación o aprobación de la presente solicitud.

Consiento en que este formulario forme parte de mi solicitud de seguro de vida y en que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de cualquiera de los hechos mencionados puede ser motivo de rescisión del contrato.

Este documento tiene carácter reservado y confidencial, y solo será utilizado con el fin de evaluar el riesgo del seguro solicitado a la compañía.

Firma del médico tratante

Fecha
