

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN

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

Código:

R.A.:APS/DS/N°013/2021



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 cardiaco, 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 | | 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 |