CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN

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

Bupa

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	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA		
Dolor en el pecho	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA		
Pérdida de la consciencia	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA		
Mareos	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA		
Palpitaciones	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA		
Otro	☐ Sí ☐ 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	☐ M ☐ Pies		Peso	☐ Kg ☐ Lb		Presión arterial	

Valores de pruebas realizadas en los últimos 6 meses:

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

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	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Prueba de esfuerzo (cinta ergométrica)	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Gammagrafía de perfusión miocárdica	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Aclaramiento de creatinina	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Otra	☐ Sí ☐ 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