

### Información del Paciente

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_

### Información del Afiliado

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ Sexo: F  Estatura: \_\_\_\_\_  
M  Peso: \_\_\_\_\_

### Información Médica

Desde cuando conoce y/o trata al paciente \_\_\_\_\_

¿Cuándo le fue diagnosticado por primera vez la hipertensión y que procedimientos para diagnósticos fueron utilizados? **Por favor indique fechas y resultados:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles pueden ser las causas fundamentales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia usted controla la(s) enfermedad(es) coronaria(s) al paciente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

Favor indique los resultados de los últimos dos años y dentro de los últimos tres meses, de los niveles de:

Colesterol  \_\_\_\_\_ Sodio  \_\_\_\_\_ Pulsaciones  \_\_\_\_\_  
Triglicéridos  \_\_\_\_\_ Presión Arterial  \_\_\_\_\_

Indique la fecha y los resultados del último electrocardiograma (en reposo y/o de esfuerzo "stress test" ) y radiografía del tórax

¿Existe la presencia de factores de riesgo o posibles complicaciones futuras? **Si es afirmativo, suministre detalles**

¿Hay historia familiar positiva de hipertensión y/o desordenés cardiacos o circulatorios? Si es afirmativo, suministre detalles

¿Conoce de cualquier otra dolencia diagnosticada y/o tratada en el pasado o presente, tales como diabetes, mellitus, angina de pecho estable o inestable, desordenes en el corazón, circulación y sistema vascular o respiratorio? Si es afirmativo suministre detalles

¿Es el paciente fumador? Si es afirmativo, por favor indique desde cuando y cuantos cigarrillos por día., si el paciente no es fumador pero lo fue, indique hace cuanto tiempo y la cantidad de cigarrillos que fumaba

¿Cual es el promedio de ingestión de bebidas alcohólicas del paciente?

Lugar \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Firma del Médico