

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN

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



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		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		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			

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

5ª Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala PBX: 2300-8000 • www.bupalud.com/MiBupa