



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Hipertensión Arterial

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
 FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: _____ Nombre del médico: _____
 Nombre: _____ Dirección del médico: _____
 Fecha de nacimiento : _____ Teléfono del médico: _____

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.
 Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: _____
 Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de la última consulta: _____
 Talla: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ / _____ Tratada No Tratada
 Fecha: _____

Medidas realizadas en los últimos 2 años

Fechas	Medidas			Fechas	Medidas			Fechas	Medidas	
	sist.	diast.			sist.	diast.			sist.	diast.

	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
Causa indeterminada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si HTA secundaria: causa _____ causa aún presente <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
Tratamiento anti-hipertensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____ desde _____	
Aún presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	en caso negativo interrumpido desde _____	
Otros tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____ ¿por qué? _____ _____ desde _____ _____ desde _____	
ECG*				
- Reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal*	_____
- Esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal*	_____
Retinopatía hipertensiva o arteriosclerótica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fondo de ojo : grado _____	_____
Enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular o periférica antes de los 60 años en la historia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> hermanos	
Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarrillos número/día _____	



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Hipertensión Arterial

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

	No	Sí	Detalles		Fecha(s)
Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Colesterol total _____ mg%		
			<input type="checkbox"/> Fracción HDL-C _____ mg%		
			<input type="checkbox"/> Fracción LDL-C _____ mg%		
			<input type="checkbox"/> Triglicéridos _____ mg%		
			<input type="checkbox"/> Tratamiento: _____ desde _____		
			_____ desde _____		
			_____ desde _____		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tipo 1	<input type="checkbox"/> tipo 2	
Intolerancia a la glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> glicemia en ayunas _____ mg%		
Consumo diario de alcohol (en ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vino _____	<input type="checkbox"/> cerveza _____	
			<input type="checkbox"/> aperitivos _____	<input type="checkbox"/> licores _____	
Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____		
Arteriopatía periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____		

*** IMPORTANTE: Se ruega proporcionar los últimos trazos electrocardiográficos realizados.**

FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: