ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN

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

1 Información del Paciente

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Mes Día Año

2 Diagnóstico

1) ¿Cuándo fue diagnosticada la enfermedad, y cuáles son los síntomas?

Fecha de la primera consulta a causa de esta enfermedad: _____/_____/_____
Mes Día Año

Síntomas: _____

Diagnóstico: _____

2) En caso de haber referido al paciente a otro especialista u hospital, o de tener conocimiento de tratamientos efectuados por terceras partes, por favor complete lo siguiente:

Tratamiento ambulatorio: _____

Nombre del médico tratante: _____
Apellido Nombre Inicial

Teléfono del médico tratante: (_____) _____ - _____

Nombre del hospital: _____

Teléfono del hospital: (_____) _____ - _____

Tratamiento hospitalario: _____

3) ¿Ha sido sometido el paciente a alguna cirugía cardiovascular? ❍ Sí ❍ No

Si respondió "Sí", por favor proporcione detalles: _____

4) ¿Se encuentra el paciente todavía bajo tratamiento médico? ❍ Sí ❍ No

Si respondió "Sí", por favor describa el tratamiento, e indique el nombre y la dosis de todo medicamento: _____

Por favor continúe en la siguiente página.

5) Indique si el paciente ha padecido alguno de los siguientes síntomas. Si respondió "Sí", por favor indique la fecha del primer síntoma, la severidad y frecuencia:

Falta de aire	❍ No	❍ Sí	_____
Dolor en el pecho	❍ No	❍ Sí	_____
Pérdida del conocimiento	❍ No	❍ Sí	_____
Vértigo	❍ No	❍ Sí	_____
Palpitaciones	❍ No	❍ Sí	_____
Otros síntomas	❍ No	❍ Sí	_____

6) ¿Existen antecedentes familiares de enfermedades cardiacas o arteriosclerosis antes de los 55 años de edad?

_____

_____

7) ¿Existe algún otro factor, enfermedad, síntoma o complicación relevante no mencionado anteriormente?

_____

_____

8) Por favor indique el resultado de los siguientes exámenes:

Estatura _____ Peso _____
❍ m ❍ pies ❍ kg ❍ lb

Presión sanguínea _____

Fecha del examen
_____/_____/_____
Mes Día Año

Colesterol total _____ LDL _____ HDL _____ Triglicéridos _____

Creatinina _____ Fundoscopía _____ Sodio _____ Potasio _____

Resultado de análisis de: Orina _____ Sangre _____ Azúcar _____

Albúmina _____ Glucosa _____

- ***POR FAVOR ADJUNTE EL ECG Y LA INTERPRETACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS 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.***

9) Antecedentes como fumador:

Cantidad por día _____ Por cuántos años _____

10) Otros comentarios:

_____

_____

3 Información del Médico Tratante

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____

_____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Número de fax: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Firma del Médico Tratante

Fecha: _____/_____/_____
Mes Día Año