

# SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA CUESTIONARIO DE HIPERTENSION

(Para ser completado por el Médico Tratante)

**MEDICO TRATANTE:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**ASEGURADO PROPUESTO:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Estatura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION MEDICA:**

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo fue diagnosticada y tratada por primera vez la hipertensión y que procedimientos para diagnósticos fueron utilizados? Por favor, indique fechas y resultados.

---

---

---

3. ¿Cuales pueden ser las causas fundamentales?

---

---

---

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

---

---

5. ¿Con qué frecuencia usted controla la hipertensión del paciente?

---

---

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

---

---

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

---

---

**7. Favor indique los resultados obtenidos en los últimos dos (2) años y dentro de los últimos tres (3) meses de los niveles de:**

❖ **Colesterol:** \_\_\_\_\_

❖ **Triglicéridos:** \_\_\_\_\_

❖ **Sodio:** \_\_\_\_\_

❖ **Presión arterial:** \_\_\_\_\_

❖ **Pulsaciones:** \_\_\_\_\_

**8. Indique la fecha y los resultados del último electrocardiograma (en reposo y/o de esfuerzo "Stress Test") y radiografía de tórax.**

---

---

---

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

---

---

**10. ¿Hay historia familiar positiva de hipertensión y/o de desórdenes cardíacos o circulatorios? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.**

---

---

**11. ¿Conoce de cualquier otra dolencia diagnosticada y/o tratada en el pasado o presente, tales como diabetes, diabetes Mellitus, angina de pecho estable o inestable, desórdenes del corazón, circulación y sistema vascular o respiratorio? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.**

---

---

---

**12. ¿Es el paciente fumador? \_\_\_\_\_ Si es afirmativo, por favor indique desde cuando y cuántos cigarrillos por día. Si el paciente no es fumador pero lo fue, indique cuánto tiempo hace que dejó de fumar y la cantidad de cigarrillos que fumaba al día.**

---

---

**13. ¿Cuál es el promedio de ingestión de bebidas alcohólicas del paciente?**

---

---

---

**Firma del Médico Tratante**

---

**Fecha**

**NOTA: El presente cuestionario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con Resolución No SBS-INSP-2006-152 del 12 de abril de 2006.**