



# SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

## CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

(A ser completado por el médico del paciente)

MÉDICO DEL PACIENTE:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

ASEGURADO PROPUESTO:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

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

INFORMACIÓN MÉDICA:

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo le fue diagnosticada por primera vez la enfermedad de origen cardiovascular al paciente y qué procedimientos para su diagnósticos fueron utilizados? Por favor, indique fechas y resultados.

---

---

---

3. ¿Cuáles pueden ser las causas fundamentales?

---

---

---

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

---

---

5. ¿Con qué frecuencia usted controla la(s) enfermedad(es) cardiovascular (es) al paciente?

---

6. ¿Ha sido el paciente alguna vez remitido a otro especialista para evaluación adicional, como Stress Test, ecocardiograma, angiografía?

---

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

---

---

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

• Colesterol: \_\_\_\_\_

• Triglicéridos \_\_\_\_\_

• Niveles de sodio: \_\_\_\_\_

• Presión arterial: \_\_\_\_\_

8. Indique la fecha y los resultados del último electrocardiograma (en reposos y/o de esfuerzo, "Stress Test") y radiografía del 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 enfermedades cardíacas y/o vasculares? 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 de la conducción, hipertensión o desórdenes del sistema respiratorio? Si es afirmativo, por favor suministre detalles:

---

---

---

12. ¿Es el paciente fumador? \_\_\_\_\_ Si es afirmativo, por favor indique desde cuándo 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 por día.

---

---

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

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOTA: El presente cuestionario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con Resolución No SBS-INSP-2005-175 del 03 de mayo del 2005.