



SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CORONARIAS

(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 diagnosticado por primera vez la(s) enfermedad(es) coronaria(s) al paciente y qué procedimientos para 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) coronaria(s) al paciente?

6. ¿Ha sido el paciente alguna vez remitido a otro especialista para evaluación adicional, como angiografía coronaria, ventriculografía, perfusión miocárdica y/o terapia para la referida condición?

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 _____

- Sodio: _____
- Presión arterial: _____
- Pulsaciones: _____

8. Indique la fecha y los resultados del último electrocardiograma (en reposo 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 coronarias y/o 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 cuándo y cuántos cigarrillos por día. Si el paciente no es fumador pero lo fue, indique hace cuánto tiempo y cantidad de cigarrillos que fumaba por día.

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

Firma del Médico

Fecha