

ASISTENCIA MEDICA CUESTIONARIO PARA ENFERMEDADES CORONARIAS

(A SER COMPLETADO POR EL MEDICO DEL PACIENTE)



1 NOMBRE DEL PACIENTE:

1

1.A NOMBRE: _____

1.B DIRECCION: _____

1.C NUMERO DE TELEFONO: _____

2 AFILIADO PROPUESTO:

2

2.A NOMBRE: _____

2.B DIRECCION: _____

2.C NUMERO DE TELEFONO: _____ 2.D OCUPACION: _____

2.E FECHA DE NACIMIENTO: _____ 2.F SEXO: _____

2.G ESTATURA: _____ 2.H PESO: _____

3 INFORMACION MEDICA:

3

3.A ¿DESDE CUANDO CONOCE Y/O TRATA AL PACIENTE? _____

3.B ¿CUANDO LE FUE DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ LA(S) ENFERMEDAD(ES) CORONARIA(S) AL PACIENTE Y QUE PROCEDIMIENTOS PARA DIAGNOSTICOS FUERON UTILIZADOS? POR FAVOR INDIQUE FECHAS Y RESULTADOS.

3.C ¿CUALES PUEDEN SER LAS CAUSAS FUNDAMENTALES?

3.D ¿DESDE CUANDO Y QUE CLASE DE TRATAMIENTO Y/O MEDICINAS SE HAN SUMINISTRADO O ESTAN SUMINISTRANDO AL PACIENTE? POR FAVOR INDIQUE LA DOSIS EXACTA.

3.E ¿CON QUE FRECUENCIA USTED CONTROLA LA(S) ENFERMEDAD(ES) CORONARIA(S) AL PACIENTE?

3.F ¿HA SIDO EL PACIENTE ALGUNA VEZ REMITIDO A OTRO ESPECIALISTA PARA UNA EVALUACION ADICIONAL, COMO ANGIOGRAFIA CORONARIA, VENTRICULOGRAFIA, PERFUSION MIOCARDIA Y/O TERAPIA PARA LA REFERIDA CONDICION?

DE SER AFIRMATIVO, INDIQUE LA FECHA Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, ASI COMO EL NOMBRE Y DIRECCION DEL ESPECIALISTA.

3.G FAVOR INDIQUE LOS RESULTADOS DE LOS ULTIMOS DOS AÑOS Y DENTRO DE LOS ULTIMOS TRES MESES, DE LOS NIVELES DE:

COLESTEROL _____

TRIGLICERIDOS _____

SODIO _____

PRESION ARTERIAL _____

PULSACIONES _____

3.H INDIQUE LA FECHA Y LOS RESULTADOS DEL ULTIMO ELECTROCARDIOGRAMA (EN REPOSO Y/O DE ESFUERZO "STRESS TEST") Y RADIOGRAFIA DEL TORAX.

3.I ¿EXISTE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO O POSIBLES COMPLICACIONES FUTURAS? SI ES AFIRMATIVO, SUMINISTRE DETALLES.

3.J ¿HAY HISTORIA FAMILIAR POSITIVA DE ENFERMEDADES CORONARIAS Y/O DESORDENES CARDIACOS O CIRCULATORIOS? SI ES AFIRMATIVO, SUMINISTRE DETALLES.

3.K ¿CONOCE DE CUALQUIER OTRA DOLENCIA DIAGNOSTICADA Y/O TRATADA EN EL PASADO O PRESENTE, TALES COMO DIABETES MELLITUS, ANGINA DE PECHO ESTABLE O INESTABLE, DESORDENES EN EL CORAZON, CIRCULACION Y SISTEMA VASCULAR O RESPIRATORIO? SI ES AFIRMATIVO, SUMINISTRE DETALLES.

3.L ¿ES EL PACIENTE FUMADOR? SI ES AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE DESDE CUANDO Y CUANTOS CIGARRILLOS POR DIA. SI EL PACIENTE NO ES FUMADOR PERO LO FUE, INDIQUE HACE CUANTO TIEMPO Y LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS QUE FUMABA POR DIA.

3.M ¿CUAL ES EL PROMEDIO DE INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DEL PACIENTE?

FIRMA DEL MEDICO _____

FECHA _____