

SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES DEL CORAZON

(A SER COMPLETADO POR EL MEDICO DEL PACIENTE)



MEDICO DEL PACIENTE:

1

1.A NOMBRE: _____

1.B DIRECCION: _____

1.C NUMERO DE TELEFONO: _____

ASEGURADO 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: _____

INFORMACION MEDICA

3

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

3.B ¿CUANDO LE FUE DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ LA ENFERMEDAD DE ORIGEN CARDIOVASCULAR 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 SE ESTAN SUMINISTRANDO AL PACIENTE? POR FAVOR INDIQUE LA DOSIS EXACTA:

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

3.F ¿HA SIDO EL PACIENTE ALGUNA VEZ REMITIDO A OTRO ESPECIALISTA PARA EVALUACION ADICIONAL, COMO STRESS TEST, ECOCARDIOGRAMA, ANGIOGRAFIA?

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(2) AÑOS Y DENTRO DE LOS ULTIMOS TRES(3) MESES, DE LOS NIVELES DE:

COLESTEROL: _____

TRIGLICERIDOS: _____

NIVELES DE SODIO: _____

PRESION ARTERIAL: _____

3.H INDIQUE LA FECHA Y LOS RESULTADOS DEL ULTIMO ELECTROCARDIOGRAMA (EN REPOSOS 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, POR FAVOR SUMINISTRE DETALLES:

3.J ¿HAY HISTORIA FAMILIAR POSITIVA DE ENFERMEDADES CARDIACAS Y/O VASCULARES? SI ES AFIRMATIVO, POR FAVOR SUMINISTRE DETALLES.

3.K ¿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, DESORDENES DE LA CONDUCCION, HIPERTENSION O DESORDENES DEL SISTEMA RESPIRATORIO? SI ES AFIRMATIVO, POR FAVOR 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 CUANTO TIEMPO HACE QUE DEJO DE FUMAR Y LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS QUE FUMABA AL DIA.

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

FIRMA DEL MEDICO

FECHA