

CUESTIONARIO SOBRE HIPERTENSIÓN: MÉDICO TRATANTE



Nombre completo: _____ No. de solicitud: _____

1. ¿Cuándo se detectó por primera vez la hipertensión de su paciente y cuáles fueron las lecturas de la presión arterial en dicha ocasión?

2. ¿Se han efectuado estudios para determinar la causa? De ser así, ¿cuáles fueron los resultados y el diagnóstico final?

3. ¿Se le dado al paciente un tratamiento antihipertensivo u otros fármacos? Sí No
De ser así:
 - a) ¿Cuándo comenzó el tratamiento? _____
 - b) ¿Cuál fue la presión arterial promedio inmediatamente antes de empezar el tratamiento? _____
 - c) ¿Qué medicamentos toma actualmente el paciente? _____
 - d) ¿Sigue su paciente el tratamiento al pie de la letra? _____
 - e) ¿Considera usted que la enfermedad está controlada de forma satisfactoria? _____
 - f) Si se ha modificado o suspendido el tratamiento, proporcione toda la información al respecto y fechas _____
4. Indique todos los niveles de presión arterial tomados en el último año y las fechas de las respectivas tomas. Si se ha controlado la presión arterial menos de 3 veces en este periodo, indique las últimas tres tomas y las fechas de las mismas.

5. ¿Se ha llegado a hospitalizar al paciente para un control de su hipertensión o de un trastorno relacionado? Sí No
En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo fechas.

6. ¿Se han llegado a detectar complicaciones de la hipertensión? En caso afirmativo, indique la fecha de la evaluación y el grado/ alcance de la complicación.
 - a) Retinopatía Sí No _____
 - b) Hipertrofia ventricular izquierda Sí No _____
 - c) Nefropatía Sí No _____
7. Indique las fechas y los resultados de todo ECG, ecocardiografía, radiografía o cualquier otro estudio realizado desde que se comenzó con el tratamiento _____
8. Proporcione toda la información relacionada con análisis de sangre o de orina efectuados en los últimos dos años.

9. ¿Ha dado lugar la enfermedad a una ausencia importante del trabajo (más de una semana)? Sí No
En caso afirmativo, proporcione información al respecto, incluyendo fechas y duración de la ausencia laboral.

10. Comente todo factor que no haya sido mencionado arriba, que pueda llegar a influir en el pronóstico de la hipertensión de su paciente como, por ejemplo, tabaquismo, obesidad, diabetes, etc.

Nombre con letra de molde y sello de la clínica: _____

Firma

Fecha