

# CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN

Para ser completado por el médico tratante  
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)



## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                     |              |        |         |
|---------------------|--------------|--------|---------|
| Nombre              | Apellido     | Nombre | Inicial |
| Fecha de nacimiento | DD / MM / AA |        |         |

## 2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

|                              |             |  |
|------------------------------|-------------|--|
| Fecha de la primera consulta | Síntomas    |  |
| DD / MM / AA                 | Diagnóstico |  |

¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes síntomas? Si responde "Sí", por favor explique:

| Síntoma                   |                                                         | Fecha del primer síntoma | Severidad | Frecuencia |
|---------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|------------|
| Falta de aire             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA             |           |            |
| Dolor en el pecho         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA             |           |            |
| Pérdida de la consciencia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA             |           |            |
| Mareos                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA             |           |            |
| Palpitaciones             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA             |           |            |
| Otro                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA             |           |            |

¿Se ha sometido el paciente a alguna cirugía cardiovascular? Si responde "Sí", por favor proporcione detalles. ☐ Sí ☐ No

¿Está el paciente bajo tratamiento? Si responde "Sí", por favor describa el tratamiento e indique el nombre y la dosis de los medicamentos. ☐ Sí ☐ No

Por favor proporcione la siguiente información:

|       |              |          |                                                          |      |                                                         |                  |
|-------|--------------|----------|----------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------|------------------|
| Fecha | DD / MM / AA | Estatura | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies | Peso | <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb | Presión arterial |
|-------|--------------|----------|----------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------|------------------|

Valores de pruebas realizadas en los últimos 6 meses:

|                  |  |                         |  |            |  |               |  |             |  |
|------------------|--|-------------------------|--|------------|--|---------------|--|-------------|--|
| Glucosa          |  | Hemoglobina glicosilada |  | Creatinina |  | Potasio       |  | Sodio       |  |
| Colesterol total |  | HDL                     |  | LDL        |  | Triglicéridos |  | Fundoscopia |  |

Resultado de muestras proporcionadas durante los últimos 6 meses:

|       |  |        |  |        |  |          |  |
|-------|--|--------|--|--------|--|----------|--|
| Orina |  | Sangre |  | Azúcar |  | Albúmina |  |
|-------|--|--------|--|--------|--|----------|--|

Por favor incluya el ECG y la interpretación de las radiografías de tórax que se hayan efectuado durante los últimos 12 meses. En caso de prolapso de válvula mitral o soplo cardíaco, por favor adjunte el resultado de la ecografía doppler.

|                          |  |       |              |
|--------------------------|--|-------|--------------|
| Resultado del ECG        |  | Fecha | DD / MM / AA |
| Resultado de radiografía |  | Fecha | DD / MM / AA |

|                                                                                                                                |                                                         |              |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|-----------|
| ¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE) |                                                         |              |           |
| Prueba                                                                                                                         |                                                         | Fecha        | Resultado |
| Ecocardiografía                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA |           |
| Prueba de esfuerzo (cinta ergométrica)                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA |           |
| Gammagrafía de perfusión miocárdica                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA |           |
| Aclaramiento de creatinina                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA |           |
| Otra                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DD / MM / AA |           |

|                           |                  |                   |
|---------------------------|------------------|-------------------|
| Antecedentes como fumador |                  | Otros comentarios |
| Cantidad por día          | Por cuántos años |                   |
|                           |                  |                   |

¿Tiene el paciente parientes que sufren o han sufrido enfermedades cardiovasculares o arteriosclerosis antes de los 55 años de edad? ☐ Sí ☐ No  
Si responde "Sí", por favor explique:

|  |
|--|
|  |
|--|

¿Hay algún otro factor, enfermedad, síntoma o complicación relevante que no se haya mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No  
Si responde "Sí", por favor explique:

|  |
|--|
|  |
|--|

¿Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? ☐ Sí ☐ No  
Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo:

|                            |  |          |  |
|----------------------------|--|----------|--|
| Nombre del médico          |  | Teléfono |  |
| Tratamiento ambulatorio    |  |          |  |
| Hospital                   |  | Teléfono |  |
| Tratamiento en el hospital |  |          |  |

### 3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

|                    |  |     |  |
|--------------------|--|-----|--|
| Nombre             |  |     |  |
| Dirección          |  |     |  |
| Teléfono           |  | Fax |  |
| Correo electrónico |  |     |  |

**Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.**

5ª Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala PBX: 2300-8000 • [www.bupalud.com/MiBupa](http://www.bupalud.com/MiBupa)