

# Cuestionario sobre hipertensión – Médico tratante

Nombre completo del solicitante:

Número de la 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 ultimo 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?
  - a) Retinopatía Sí  No
  - b) Hipertrofia ventricular izquierda Sí  No
  - c) Nefropatía Sí  NoEn caso afirmativo, indique la fecha de la evaluación y el grado / alcance de la complicación.

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.

Firma

Fecha

Nombre con letra de molde y sello de la clínica