ASEGURADORA GENERAL

CUESTIONARIO HIPERTENSIÓN ARTERIAL
A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Nombre del médico tratante: _____

Nombre y apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico:

HTA primaria (esencial, benigna o idiopática) ☐ Sí ☐ No

HTA secundaria) ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indicar causa: _____

HTA lábil ☐ Sí ☐ No

HTA sistólica ☐ Sí ☐ No

Cifras de presión arterial en los últimos 12 meses:

Fechas: _____	Sistólica: _____	Diastólica: _____
Fechas: _____	Sistólica: _____	Diastólica: _____
Fechas: _____	Sistólica: _____	Diastólica: _____
Fechas: _____	Sistólica: _____	Diastólica: _____

Tratamiento anti-hipertensivo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo especificar cuál: _____

¿Estima usted que la HTA está controlada? ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Exámenes

ECG en reposo	☐ Sí	☐ No	☐ Normal	☐ Anormal	Fecha: _____
ECG en esfuerzo	☐ Sí	☐ No	☐ Normal	☐ Anormal	Fecha: _____
Ecocardiograma	☐ Sí	☐ No	☐ Normal	☐ Anormal	Fecha: _____

En caso de resultado anormal, por favor especificar: _____

Anomalías asociadas:

Enfermedad renal	☐ Sí	☐ No	Cardiomegalía	☐ Sí	☐ No
Nefrectomia	☐ Sí	☐ No	Taquicardia	☐ Sí	☐ No
Albuminuria	☐ Sí	☐ No	Cardiopatía isquémica	☐ Sí	☐ No
Hematuria	☐ Sí	☐ No	Diabetes mellitus	☐ Sí	☐ No
Hiperlipidemia	☐ Sí	☐ No	Retinopatia	☐ Sí	☐ No
Hiperuricemia	☐ Sí	☐ No	Apopoplejía / ACV	☐ Sí	☐ No
Hipertiroidismo	☐ Sí	☐ No			

Constitución física: Altura: _____ Peso: _____

Tabaco:

¿Fuma usted? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos cigarrillos diarios? _____

¿Dejó de fumar? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo dejó? _____

¿Cuántos cigarrillos diarios fumaba? _____

Fecha: _____ Firma del médico tratante: _____