

CUESTIONARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

(Para ser llenado por el médico tratante. Se solicita completar detalladamente el cuestionario con las fechas y aclaraciones correspondientes)

Esta información forma parte integral de la solicitud de seguro y debe ser contestado con información real y actualizada a la fecha en que sea contestado:

DATOS GENERALES

Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante Fecha de nacimiento
dd / mm / aaaa

R.F.C. (con homoclave) Ocupación actual Sexo Fem. Masc.

DIAGNÓSTICO

Prehipertensión (hiperreactor tensional) Hipertensión Primaria (esencial) Hipertensión Secundaria

Fecha de Diagnóstico dd / mm / aaaa Fecha de la última consulta

Proporciones fechas y resultados de los estudios practicados

CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL

Diagnóstico			Durante el último año			Actuales		
Fechas	Sist.	Diast.	Fechas	Sist.	Diast.	Fechas	Sist.	Diast.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Tiene tratamiento antihipertensivo? Si No En caso afirmativo, ¿Cuál?

Dosis Fechas de inicio dd / mm / aaaa

A su juicio el control del paciente con el tratamiento instituido es BUENO REGULAR POBRE

Si el tratamiento ha sido discontinuado; indique fecha de la suspensión y causa Fecha dd / mm / aaaa

¿Se han presentado complicaciones? Si No

En caso afirmativo detallar

¿SE LE HA PRACTICADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ESTUDIOS?

a) Examen general de orina Si No En caso afirmativo, resultados

b) Biometría Hemática completa Si No En caso afirmativo, resultados

c) Química Sanguínea Si No En caso afirmativo, resultados

d) Perfil de Lípidos Si No En caso afirmativo, resultados

e) Electrocardiograma de reposo o esfuerzo Si No En caso afirmativo, resultados

f) Ecocardiograma Si No En caso afirmativo, resultados

g) Radiografía de tórax Si No En caso afirmativo, resultados

h) Otros Si No En caso afirmativo, resultados

Con motivo de la enfermedad ¿Ha estado incapacitado? Si No

En caso afirmativo ¿Cuántas veces? ¿Por cuánto tiempo?

Fumador Si No Cigarrillos promedio por día ¿Desde cuándo?

De acuerdo a la LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

Lugar y fecha

Nombre, No. de cédula y firma del MÉDICO TRATANTE*
*Si cuenta con cédula de especialidad, favor de indicar