BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, SOCIEDAD ANÓNIMA

CUESTIONARIO DE HIPERTENSION

(Para ser completado por el Médico Tratante)

MEDICO TRATANTE:

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

Número de teléfono: _____

PROPUESTO ASEGURADO:

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

_____

Número de teléfono: _____ Ocupación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Estatura: _____ Peso: _____

INFORMACION MEDICA:

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? _____

   _____

2. ¿Cuándo fue diagnosticada y tratada por primera vez la hipertensión y qué procedimientos para diagnósticos fueron utilizados? Por favor indique fechas y resultados. _____

   _____

3. ¿Cuales pueden ser las causas fundamentales? _____

   _____

4. ¿Desde cuándo y que clase de tratamiento y/o medicinas se han suministrado o se están suministrando al paciente? Por favor indique la dosis exacta. _____

   _____

5. ¿Con qué frecuencia usted controla la hipertensión al paciente? _____

   _____

6. ¿Ha sido el paciente alguna vez remitido a otro especialista para evaluación adicional y/o terapia para la condición referida? _____

   _____

   De ser afirmativo, indique la fecha y procedimientos realizados, así como el nombre y dirección del especialista.

   _____

   _____

   _____

7. Favor indique los resultados obtenidos en los últimos dos años y dentro de los últimos tres meses de los niveles de:

   ♦Colesterol: _____ ♦Triglicéridos: _____

   ♦Presión Arterial: _____ ♦Pulsaciones: _____

   ♦Sodio: _____

8. Indique la fecha y los resultados del último electrocardiograma (en reposo y/o de esfuerzo "Stress Test") y radiografía de tórax. _____

   _____

9. ¿Existe la presencia de factores de riesgo o posibles complicaciones futuras? Si es afirmativo, por favor suministre detalles. _____

   _____

10. ¿Hay historia familiar positiva de hipertensión y/o de desórdenes cardíacos o circulatorios? Si es afirmativo, por favor suministre detalles. _____

    _____

11. ¿Conoce de cualquier otra dolencia diagnosticada y/o tratada en el pasado o presente, tales como Diabetes Mellitus, Angina de pecho estable o inestable, desórdenes del corazón, circulación y sistema vascular o respiratorio? Si es afirmativo, por favor suministre detalles. _____

    _____

12. ¿Es el paciente fumador? _____ Si es afirmativo, por favor indique desde cuando y cuántos cigarrillos por día. Si el paciente no es fumador pero lo fué, indique cuánto tiempo hace que dejó de fumar y la cantidad de cigarrillos que fumaba al día. _____

    _____

13. ¿Cuál es el promedio de ingestión de bebidas alcohólicas del paciente? _____

    _____

_____ _____

Firma del Médico Tratante Fecha