

**Para ser llenado completamente por el médico tratante**

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional

**Rogamos contestar todas las preguntas y proporcionar toda la información solicitada.**

Nombre del paciente

Número de solicitud  Fecha de nacimiento

Talla  mts.      Peso  Kgs.

**1.- ¿Cuándo se le diagnosticó por primera vez la hipertensión?**

**2.- ¿Por qué le midieron la presión en ese momento en particular?** (por ejemplo, examen de rutina, debido a la aparición de síntomas, etc.)

**3.- ¿Sabe cuáles fueron los niveles de presión arterial en el momento del diagnóstico?**

Presión Arterial  /

En caso afirmativo, facilite más información.

**4.- ¿Se le han hecho ECG, radiografías, pruebas de lípidos (colesterol, triglicéridos) en sangre u otros exámenes complementarios?**

Si  No

En caso afirmativo, facilite más información, incluidas las fechas de las pruebas y los resultados.

Colesterol total <input type="text"/> mg / dl	Fracción LDL-C <input type="text"/> mg / dl	Detalles <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Fecha <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"/>	Fecha <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"/>	
Fracción HDL-C <input type="text"/> mg / dl	Triglicéridos <input type="text"/> mg / dl	
Fecha <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"/>	Fecha <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"/>	

**5.- Facilite información detallada del tratamiento. Incluya los nombres de los medicamentos**

(por ejemplo, Moduretic, Navidrex, Aldomet, Inderal, Tenoretic, Tenormin, Trasicor, etc.), la dosis y la frecuencia de administración:

**a). Actualidad**

Nombre

Dosis  Frecuencia

Nombre

Dosis  Frecuencia

**b) Anterioridad**

Nombre

Dosis  Frecuencia

Nombre

Dosis  Frecuencia

**6- Con respecto al seguimiento de su enfermedad:**

a). ¿Quién se encarga de su seguimiento?

b). ¿Con qué frecuencia acude a las visitas de seguimiento?

c). ¿Cuándo fue la última consulta? Especifique los niveles de presión arterial en ese momento, si los conoce.

Fecha

Presión Arterial  /

**7- ¿Se han encontrado alguna vez valores anormales (por ejemplo, proteína, sangre, etc.) en sus análisis de orina?**

Si  No

En caso afirmativo, indique fechas y detalles completos.


**8- ¿Es usted fumador?**

Si  No

Fecha de inicio

Número de cigarros al día

**9- Especificar fechas y duración de los períodos de ausencia en el trabajo por la enfermedad.**

Si  No

En caso afirmativo, facilite información detallada incluyendo las fechas y la duración de las ausencias laborales.

de         a

de         a

de         a

**10- Facilite cualquier otra información sobre su enfermedad que considere útil para la tramitación de su solicitud.**


Declaro que las respuestas son verdaderas a mi leal saber y entender y que no he ocultado información material que pueda influir en la evaluación o aprobación de la presente solicitud. Consiento en que este formulario forme parte de mi solicitud de seguro de vida y en que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de cualquiera de los hechos mencionados puede ser motivo de rescisión del contrato.

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre del declarante

Fecha en  a  de  de