

**Questionario sobre Hipertensión Arterial**

A ser completado por el médico tratante

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:**

HTA primaria (esencial, benigna o idiopática)?  Si  No

HTA secundaria?  Si  No

⇒ En caso afirmativo, indicar causa: \_\_\_\_\_

HTA lábil  Si  No

HTA sistólica  Si  No

**Cifras de presión arterial en los últimos 12 meses:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Sistólica: \_\_\_\_\_ Diastólica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Sistólica: \_\_\_\_\_ Diastólica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Sistólica: \_\_\_\_\_ Diastólica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Sistólica: \_\_\_\_\_ Diastólica: \_\_\_\_\_

**Tratamiento anti-hipertensivo?**  Si  No

⇒ En caso afirmativo especificar cuál: \_\_\_\_\_

Tratamiento aún actual:  Si  No

¿Estima usted que la HTA está controlada?  Si  No

**Exámenes**

ECG en reposo  Si  No  Normal  Anormal Fecha: \_\_\_\_\_

ECG en esfuerzo  Si  No  Normal  Anormal Fecha: \_\_\_\_\_

Eccardiograma  Si  No  Normal  Anormal Fecha: \_\_\_\_\_

⇒ En caso de resultado anormal, por favor especificar: \_\_\_\_\_

**Anomalías asociadas**

Enfermedad renal  Si  No  Normal  Anormal

Nefrectomía  Si  No  Normal  Anormal

Albuminuria  Si  No  Normal  Anormal

Hematuria  Si  No  Normal  Anormal

Hiperlipidemia  Si  No  Normal  Anormal

Hiperuricemia  Si  No  Normal  Anormal

Hipertiroidismo  Si  No  Normal  Anormal

Cardiomegalia  Si  No

Taquicardia  Si  No

Cardiopatía Isquémica  Si  No

Diabetes mellitus  Si  No

Retinopatía  Si  No

Apoplejía / ACV  Si  No

**Constitución Física** Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**Tabaco**

¿Fuma el paciente?  Si  No ¿Cuántos cigarrillos diarios? \_\_\_\_\_

¿Dejó de fumar?  Si  No ¿Cuándo dejó? \_\_\_\_\_

¿Cuántos cigarrillos diarios fumaba? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante: