

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: _____

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: _____