

CUESTIONARIO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A ser completado por el médico tratante

Nombre del Médico Tratante: _____

Nombre y apellido del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico:

¿Hace cuánto le diagnosticaron la HTA? _____

¿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 ☐

HTA refractaria a tratamiento _____

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: _____

Dosis: _____

Tratamiento aún actual: SI ☐ NO ☐

¿Estima usted que la HTA está controlada? SI ☐ NO ☐

¿Ha sido hospitalizado para controlar la HTA o por Trastornos Relacionados? SI ☐ NO ☐

Exámenes

ECG en reposo SI ☐ NO ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Fecha: _____

ECG en esfuerzo SI ☐ NO ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Fecha: _____

Ecocardiograma SI ☐ NO ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Fecha: _____

En caso de resultado anormal, por favor especificar: _____

Anomalías asociadas

Enfermedad renal SI ☐ NO ☐ Cardiomegalia SI ☐ NO ☐

Nefrectomía SI ☐ NO ☐ Taquicardia SI ☐ NO ☐

Albuminuria SI ☐ NO ☐ Cardiopatía Isquémica SI ☐ NO ☐

Hematuria SI ☐ NO ☐ Diabetes mellitus SI ☐ NO ☐

Hiperlipidemia SI ☐ NO ☐ Retinopatía SI ☐ NO ☐

Hiperuricemia SI ☐ NO ☐ Apoplejía / ACV SI ☐ NO ☐

Hipertiroidismo SI ☐ NO ☐ Neuropatía SI ☐ NO ☐

Constitución Física

Altura: _____ Peso: _____

Tabaco

¿Fuma usted? SI ☐ NO ☐ ¿Cuántos cigarrillos diarios? _____

¿Dejó de fumar? SI ☐ NO ☐ ¿Cuándo dejó? _____

¿Cuántos cigarrillos diarios fumaba? _____

Fecha: _____ Firma del Médico Tratante: _____