



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Cardiopatía Isquémica

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
 FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: _____ Nombre del médico: _____
 Nombre: _____ Dirección del médico: _____
 Fecha de nacimiento : _____ Teléfono del médico: _____

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.
 Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de la última consulta: _____

Talla: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ / _____ Tratada No Tratada

Fecha: _____

	No	Sí	Detalles			Fecha(s)
Diagnóstico						
Dolor torácico de causa indeterminada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> principalmente en reposo	<input type="checkbox"/> con esfuerzo		_____
primer episodio, fecha						_____
último episodio, fecha						_____
frecuencia de los episodios						_____
Enfermedad arterial coronaria sin infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Angina de pecho inestable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> único	<input type="checkbox"/> múltiple		
			Territorio:			
			<input type="checkbox"/> inferior	<input type="checkbox"/> infero-apical	<input type="checkbox"/> infero-lateral	
			<input type="checkbox"/> posterior	<input type="checkbox"/> postero-lateral	<input type="checkbox"/> anterior	
			<input type="checkbox"/> anterior extenso	<input type="checkbox"/> antero-lateral	<input type="checkbox"/> antero-septal	
			<input type="checkbox"/> indeterminado			
Aneurisma ventricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Procedimientos terapéuticos						
Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reestenosis: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			_____
Puentes aorto-coronarios (bypass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sólo injertos venosos,			_____
			<input type="checkbox"/> injertos arteriales, obstrucción de			_____
			injerto(s) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			_____
Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	resultado			_____
Trombolisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	resultado			_____
Aneurismectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	razón(es)			_____
Se recomendó cirugía, sin haberse efectuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				_____



Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Cuestionario Cardiopatía Isquémica

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

	No	Sí	Detalles		Fecha(s)
Tratamiento médico					
Nitroglicerina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			desde: _____
Betabloqueadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			desde: _____
Antagonistas del calcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			desde: _____
Inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			desde: _____
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			desde: _____
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			desde: _____
Síntomas					
Limitación de la actividad física debida a dolor anginoso, palpitación, disnea o fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> con actividad física ordinaria (clase II de NYHA)		
			<input type="checkbox"/> con actividad física menor que la ordinaria (clase III de NYHA)		
			<input type="checkbox"/> en reposo (clase IV de NYHA)		
Exámenes realizados en los últimos 5 años					
EC					
- en reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal*	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
- con esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal*	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
Coronariografía o arteriografía coronaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
			<input type="checkbox"/> enfermedad de 3 vasos	<input type="checkbox"/> enfermedad de la arteria coronaria principal izquierda	_____
Ecocardiografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal*	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
			<input type="checkbox"/> fracción de expulsión _____ %		
			<input type="checkbox"/> presión telediastólica del ventrículo izquierdo _____		
			hipoquinesia de la pared ventricular <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
			disquinesia segmentaria de la pared ventricular <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Ecocardiografía de stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
Gammagrafía isotópica (Talo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
Rx de tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
Otros exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuáles?	resultados*	_____

¿Existen exámenes u operaciones pendientes de realizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuáles?	¿cuándo?	_____

Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tipo 1	<input type="checkbox"/> tipo 2	
Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> valor del colesterol total _____		_____
			<input type="checkbox"/> valor del colesterol HDL _____		_____
			<input type="checkbox"/> valor de los triglicéridos _____		_____
Fumador actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarrillos	número/día _____	
			<input type="checkbox"/> puro o pipa	número/día _____	



Cía. Internacional de Seguros, S.A. Cuestionario Cardiopatía Isquémica

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
Ex-fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarrillos número/día _____	
Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	
Enfermedad arterial periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	
Ausencias del trabajo en los últimos 3 años debido a trastornos cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reincorporación al trabajo (mes, año)	_____
Enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular o arterial periférica antes de 60 años en la historia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> hermanos	
<p>* IMPORTANTE: Por favor describa los hallazgos anormales en forma precisa, en especial los de la angiografía coronaria y si es posible envíe los últimos ECG(s), así como también los hallazgos de los exámenes pre y postoperatorios.</p>				
FECHA:	FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:			