



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Cirugía Valvular

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.

VALVULOPATIA(S) INICIAL(ES)
(indicar la naturaleza y las localizaciones) _____

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

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

Fecha: _____

	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
Prótesis mecánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	_____
Bioprótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> válvula de cerdo	_____
			<input type="checkbox"/> pericardio de ternera	_____
			<input type="checkbox"/> autólogo	_____
Comisurotomía <input type="checkbox"/> cerrada <input type="checkbox"/> con balón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Resultado quirúrgico satisfactorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	en caso negativo, ¿por qué? _____ _____	
			en caso afirmativo, ¿desde cuándo?	_____
Reintervención programada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿cuándo? _____
Tratamiento médico aún presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> anticoagulante	desde _____
			<input type="checkbox"/> otros _____	desde _____
Complicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> calcificación valvular extensa	_____
			<input type="checkbox"/> accidente hemorrágico	_____
			<input type="checkbox"/> alteraciones del ritmo: ¿cuáles?	_____
			otros _____	_____
Presencia de :				
- angor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____
- insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Cirugía Valvular

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)
- enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____		desde _____
Hipertrofia o dilatación cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ligera	<input type="checkbox"/> moderada	_____
			<input type="checkbox"/> marcada	<input type="checkbox"/> severa	_____
Exámenes realizados en los 5 últimos años					
- ECG* - reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal*	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
- esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal*	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
- examen radiológico de tórax*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal*	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
- ecocardiograma*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal*	<input type="checkbox"/> anormal*	_____
- prueba para el VIH*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> negativo*	<input type="checkbox"/> positivo*	_____
- otros exámenes			¿cuáles? _____		_____
			_____		_____
			_____		_____
Limitación de la actividad física debida a:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> con actividad física ordinaria (clase II de NYHA)		
<input type="checkbox"/> fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> con actividad física menor que la ordinaria (clase III de NYHA)		
<input type="checkbox"/> disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> en reposo (clase IV de NYHA)		
<input type="checkbox"/> síncope					
<input type="checkbox"/> palpitaciones					
Por favor, indique además en caso de:					
Estenosis aórtica			<input type="checkbox"/> dilatación valvular percutánea con balón		
			Fecha de la intervención: _____		
			<input type="checkbox"/> ablación del diafragma sub-aórtico		
			Fecha de la intervención: _____		
Cirugía valvular pulmonar			Presencia de :		
			<input type="checkbox"/> dilatación residual de la arteria pulmonar		
			<input type="checkbox"/> hipertrofia ventricular derecha residual		
EXAMEN CLINICO					
¿Se ausculta algún soplo cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sistólico	¿dónde? _____	intensidad _____
				_____	_____
			<input type="checkbox"/> diastólico	¿dónde? _____	intensidad _____
				_____	_____
¿Se trata de un soplo residual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Ruidos cardiacos anormales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuales? _____		intensidad _____
*IMPORTANTE: se ruega proporcionar cualquier examen anormal asi como ecocardiogramas, trazados electrocardiográficos, radiografías de tórax y última prueba para el VIH realizada al menos 6 meses después de la intervención.					
FECHA:	FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:				