



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Cuestionario Dolor Torácico**

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)
Causa desconocida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿causa? _____	_____

Diagnóstico establecido de cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
--	--------------------------	--------------------------	--	--

**Exámenes en los últimos 5 años :**

ECG

- en 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*	_____
------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------

Rx de tórax	<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*	_____
---	--------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------

**Exámenes o cirugía coronaria programados**   ¿cuáles? \_\_\_\_\_ ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**Limitación de la actividad física causa:**    con actividad física ordinaria (clase II de NYHA)

fatiga,  disnea,  con actividad física menor que la ordinaria (clase III de NYHA)

angina de pecho,  palpitaciones,  en reposo (clase IV de NYHA)

síncope  en reposo (clase IV de NYHA)

Fumador    cigarrillo número/día \_\_\_\_\_

Diabetes    tipo 1  tipo 2 \_\_\_\_\_

Hiperlipidemia    valor del colesterol total \_\_\_\_\_

valor del colesterol HDL \_\_\_\_\_

valor de triglicéridos \_\_\_\_\_

Ausencias del trabajo en los últimos 3 años debido a trastornos cardiovasculares   causa \_\_\_\_\_ duración \_\_\_\_\_

**\* IMPORTANTE: Por favor describa los hallazgos anormales en forma precisa y si es posible envíe los últimos ECG(s).**

