



**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: _____ / _____	<input type="checkbox"/> Tratada	<input type="checkbox"/> No Tratada
Fecha: _____				
	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Detalles</b>	<b>Fecha(s)</b>
Causa desconocida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿causa? _____	_____
Diagnóstico establecido de cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Exámenes en los últimos 5 años :</b>				
<b>ECG</b>				
- 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* _____
<b>Exámenes o cirugía coronaria programados</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuáles? _____	¿cuándo? _____
<b>Limitación de la actividad física causa:</b>				
<input type="checkbox"/> fatiga,	<input type="checkbox"/> disnea,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> con actividad física ordinaria (clase II de NYHA)	
<input type="checkbox"/> angina de pecho,	<input type="checkbox"/> palpitaciones,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> con actividad física menor que la ordinaria (clase III de NYHA)	
<input type="checkbox"/> síncope		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> en reposo (clase IV de NYHA)	
Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarrillo	número/día _____
Diabetes	<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 triglicéridos	_____
Ausencias del trabajo en los últimos 3 años debido a trastornos cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	causa _____	duración _____
<b>* IMPORTANTE: Por favor describa los hallazgos anormales en forma precisa y si es posible envíe los últimos ECG(s).</b>				



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

	No	Sí	Detalles			Fecha(s)
Enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular o periférica antes de los 60 años de edad en la <b>historia familiar</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> padre	<input type="checkbox"/> madre	<input type="checkbox"/> hermanos	
<hr/>						
<b>Localización del dolor</b>	<b>Factores que lo provocan</b>					
<input type="checkbox"/> región retroesternal			<input type="checkbox"/> ejercicio	<input type="checkbox"/> emociones		
<input type="checkbox"/> a través del tórax (intratorácico)			<input type="checkbox"/> inspiración profunda	<input type="checkbox"/> tos		
<input type="checkbox"/> pared torácica izquierda			<input type="checkbox"/> al inclinarse	<input type="checkbox"/> al presionar la pared torácica		
<input type="checkbox"/> pared torácica derecha						
<b>Irradiación</b>	<b>Intensidad del dolor</b>					
<input type="checkbox"/> hombro <input type="checkbox"/> brazo <input type="checkbox"/> cuello			<input type="checkbox"/> ligero	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> fuerte <input type="checkbox"/> muy fuerte	
<input type="checkbox"/> mandíbula <input type="checkbox"/> espalda <input type="checkbox"/> ninguna						
<b>Características del dolor</b>	<b>Factores que lo calman</b>					
<input type="checkbox"/> constrictivo <input type="checkbox"/> quemante			<input type="checkbox"/> reposo	<input type="checkbox"/> fármacos vasodilatadores coronarios		
<input type="checkbox"/> opresivo <input type="checkbox"/> punzante			<input type="checkbox"/> ingesta de leche	<input type="checkbox"/> antiácidos y anestésicos locales		
<input type="checkbox"/> sofocante						
<b>Horario</b>	<b>Duración del dolor</b>					
<input type="checkbox"/> por la mañana al caminar			<input type="checkbox"/> minutos	<input type="checkbox"/> semanas		
<input type="checkbox"/> de noche, mejorando inmediatamente al sentarse			<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> meses		
<input type="checkbox"/> recostado después de las comidas						
<b>ORIGEN ISQUÉMICO DEL DOLOR :</b>			<input type="checkbox"/> improbable	<input type="checkbox"/> sospechoso	<input type="checkbox"/> probable	
FECHA:	FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:					