

Apellidos:.....
 Nombres:.....
 Fecha de Nacimiento:...../...../.....

(Firma y Sello del Médico)

Se ruega completar detalladamente el cuestionario con las fechas y aclaraciones correspondientes.

DIAGNOSTICO:

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

	SI NO	Observaciones	Fechas
Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Angina de pecho inestable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Dolor torácico:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> principalmente en reposo	
- factores desencadenantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> esfuerzo <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> muy intenso	
		<input type="checkbox"/> otros _____	
- manifestaciones clínicas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> estables	
		<input type="checkbox"/> intensidad creciente	
		<input type="checkbox"/> intensidad decreciente	
			primer episodio
			último episodio
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> silencioso <input type="checkbox"/> único	
		<input type="checkbox"/> recidivante ¿Cuántos? _____	
			último episodio
Compilaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aneurisma ventricular	
		<input type="checkbox"/> angina de pecho inestable	
		<input type="checkbox"/> angor postinfarto	
		<input type="checkbox"/> dolor anginoso persistente	
		<input type="checkbox"/> fibrilación auricular persistente	
		<input type="checkbox"/> insuficiencia mitral	
		<input type="checkbox"/> signos o síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva	
		<input type="checkbox"/> síndrome postinfarto actual	
		<input type="checkbox"/> trastornos del ritmo	
		<input type="checkbox"/> valvulopatía aórtica	
Cardiomegalia, 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	
Tratamiento médico actual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> derivados de los nitratos	desde
		<input type="checkbox"/> betabloqueantes	desde
		<input type="checkbox"/> anticoagulantes	desde
		<input type="checkbox"/> otros _____	desde
Tratamiento quirúrgico* (cirugía cardiaca):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
- by-pass aorto-coronario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
- otra intervención	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____	
- resultado operatorio		<input type="checkbox"/> satisfactorio	
		<input type="checkbox"/> angina de pecho o dolor anginoso persistente	
		<input type="checkbox"/> obstrucción de los injertos	
		<input type="checkbox"/> aneurisma ventricular izquierdo persistente	
		<input type="checkbox"/> síndrome poscardiotomía actual	

	SI NO	Observaciones	Fechas
Exámenes realizados en los últimos 5 años: - ECG* - reposo - esfuerzo - coronariografía - ventriculografía - ecocardiografía - radiografía de tórax - otros exámenes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal* <input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal* <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal* ¿Cuáles? _____ _____ resultados* _____ _____	
¿Se prevé alguna operación o investigación especial?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____ ¿Cuándo? _____	
Fumador Diabetes Hiperlipoproteinemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarrillos/número por día _____ <input type="checkbox"/> colesterol tasa _____ <input type="checkbox"/> triglicéridos tasa _____	
¿Su profesión implica una actividad física intensa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Limitación de la actividad física: - duración actividad física normal - duración actividad física reducida - asintomática en reposo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	provocada por: <input type="checkbox"/> fatiga <input type="checkbox"/> palpitaciones <input type="checkbox"/> disnea <input type="checkbox"/> síncope <input type="checkbox"/> dolor anginoso <input type="checkbox"/> grado: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV (N.Y.H.A.)	
Ausencias al trabajo en los tres últimos años por enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		reincorporación (mes/año)
¿Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arteria periférica antes de los 60 años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> hermano(s) <input type="checkbox"/> hermana(s)	

Estatura: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____/_____ En tratamiento: SI / NO fecha: _____
--

***IMPORTANTE:** Se ruega proporcionar cualquier exploración anormal realizada así como los últimos trazados electrocardiográficos e informes operatorios y de cateterismo cardíaco.

FECHA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: _____

Nº de teléfono / celular del Médico: _____