

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

(Firma y Sello del Médico)

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

DIAGNOSTICO: Hipertensión esencial secundaria maligna
 Fecha del diagnóstico:..... Fecha de la última consulta:.....

MEDIDAS REALIZADAS EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS								
FECHAS	MEDIDAS		FECHAS	MEDIDAS		FECHAS	MEDIDAS	
	SIST.	DIAST.		SIST.	DIAST.		SIST.	DIAST.

	SI NO	Observaciones	Fechas
Causa indeterminada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si HTA secundaria: Causa _____	_____
Tratamiento específico		<input type="checkbox"/> HTA aún presente	
Tratamiento anti-hipertensivo - aún presente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿cuál? _____ desde _____	_____
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en caso negativo interrumpido desde _____	_____
Otros tratamientos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿cuáles? _____	_____
		_____ desde _____	_____
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*	_____
Retinopatía hipertensiva o aterosclerótica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fondo de ojo: grado _____	_____
¿Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cerebrovascular, o arterial 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)	
Fumador	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarrillos/números por día _____	

Estatura: _____ Peso: _____

***IMPORTANTE:** Se ruega proporcionar los últimos trazados electrocardiográficos realizados.

FECHA: _____ FIRMA y SELLO DEL MEDICO: _____

N° de teléfono / celular del Médico: _____