



Informe de Cardiopatía Isquémica



SOCIEDAD MILITAR "SEGURO DE VIDA"
Institución Mutualista

Matrícula N°:

Relacionado con Declaración Jurada de Salud de fecha / /

Cuestionario 2-L

Apellidos:

Nombres:

Fecha de Nacimiento:...../...../.....

Se agradecerá 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	☐	☐		
Angina de pecho inestable	☐	☐		
Dolor torácico:	☐	☐	☐ Principalmente en reposo	
- Factores desencadenantes	☐	☐	☐ Esfuerzo ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Muy intenso	
			☐ Otros	
- Manifestaciones clínicas	☐	☐	☐ Estables	
			☐ Intensidad creciente	
			☐ Intensidad decreciente	
			Primer episodio	
			Último episodio	
Infarto de miocardio	☐	☐	☐ Silencioso ☐ Único	
			Recidivante ¿Cuántos?	
			Último episodio	
Complicaciones	☐	☐	☐ Aneurisma ventricular	
			☐ Angina de pecho inestable	
			☐ Angor postinfarto	
			☐ Dolor anginoso persistente	
			☐ Fibrilación auricular persistente	
			☐ Insuficiencia mitral	
			☐ Signos o síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva	
			☐ Síndrome postinfarto actual	
			☐ Trastornos del ritmo	
			☐ Valvulopatía aórtica	
Cardiomegalia, hipertrofia o dilatación cardíaca	☐	☐	☐ Ligera ☐ Moderada	
			☐ Marcada ☐ Severa	
Tratamiento médico actual	☐	☐	☐ Derivados de los nitratos	Desde:
			☐ Betabloqueantes	Desde:
			☐ Anticoagulantes	Desde:
			Otros	Desde:
Tratamiento quirúrgico* (cirugía cardíaca):	☐	☐		
- by-pass aorto-coronario	☐	☐	¿Cuál?	
- otra intervención	☐	☐	☐ Satisfactorio	
- resultado operatorio			☐ Angina de pecho o dolor anginoso persistente	
			☐ Obstrucción de los injertos	
			☐ Aneurisma ventricular izquierdo persistente	
			☐ Síndrome poscardiotomía actual	

	SI	NO	Observaciones	Fechas
Exámenes realizados en los últimos 5 años:				
- ECG* - reposo	☐	☐	☐ Normal* ☐ Anormal*	
- esfuerzo	☐	☐	☐ Normal* ☐ Anormal*	
- coronariografía	☐	☐	☐ Normal* ☐ Anormal*	
- ventriculografía	☐	☐	☐ Normal* ☐ Anormal*	
- ecocardiografía	☐	☐	☐ Normal* ☐ Anormal*	
- radiografía de tórax	☐	☐	☐ Normal* ☐ Anormal*	
- otros exámenes	☐	☐	¿Cuáles? _____ Resultados* _____	
¿Se prevé alguna operación o investigación especial?	☐	☐	¿Cuáles? _____ ¿Cuándo? _____	
Fumador	☐	☐	☐ Cigarrillos/número por día _____	
Diabetes	☐	☐		
Hiperlipoproteinemia	☐	☐	☐ Colesterol Tasa _____	
			☐ Triglicéridos Tasa _____	
¿Su profesión implica una actividad física intensa?	☐	☐		
Limitación de la actividad física:	☐	☐	Provocada por: ☐ Fatiga ☐ Palpitaciones	
- duración actividad física normal	☐	☐	☐ Disnea ☐ Síncope	
- duración actividad física reducida	☐	☐	☐ Dolor anginoso	
- asintomática en reposo	☐	☐	☐ Grado: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV (N.Y.H.A)	
Ausencias al trabajo en los tres últimos años por enfermedades cardiovasculares	☐	☐	Reincorporación (mes/año) _____	
¿Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arteria periférica antes de los 60 años?	☐	☐	☐ Padre ☐ Madre ☐ Hermano(s) ☐ Hermana(s)	
Otras patologías	☐	☐	¿Cuáles? _____	

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

*IMPORTANTE: Se agradecerá proporcionar los últimos trazados electrocardiográficos realizados.	
FECHA: _____ / _____ / _____	_____ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE
	Nº de teléfono / celular del Médico: _____