



Informe de Hipertensión Arterial



SOCIEDAD MILITAR "SEGURO DE VIDA"
Institución Mutualista

Matrícula N°:

Relacionado con Declaración Jurada de Salud de fecha / /

Cuestionario 1-L

Apellidos:

Nombres:

Fecha de Nacimiento: / /

Se agradecerá 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	☐	☐	Si HTA secundaria: Causa	
Tratamiento específico			☐ HTA aún presente	
Tratamiento anti-hipertensivo	☐	☐	¿cuál?	Desde
- Aún presente	☐	☐	En caso negativo interrumpido desde	
Otros tratamientos	☐	☐	¿cuáles?	Desde
ECG* - Reposo	☐	☐	☐ Normal* ☐ Anormal*	
- Esfuerzo	☐	☐	☐ Normal* ☐ Anormal*	
Retinopatía hipertensiva o aterosclerótica	☐	☐	Fondo de ojo: grado	
¿Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cerebrovascular, o arterial periférica antes de los 60 años?	☐	☐	☐ Padre ☐ Madre ☐ Hermano (s) ☐ Hermana (s)	
Fumador	☐	☐	☐ Cigarrillos/números por día	
Otras patologías	☐	☐	¿cuáles?	

Estatura:

Peso:

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

N° de teléfono / celular del Médico:

Fecha: / /

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE