

**Formulario para Personas con Hipertensión Arterial**
**Datos del solicitante**

 NOMBRE COMPLETO
 

---

 FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)
 

---

**Datos del médico**

 NOMBRE COMPLETO
 

---

 DIRECCIÓN DEL MÉDICO (dd/mm/aaaa)
 

---

**Diagnóstico**

DIAGNÓSTICO

 Hipertensión esencial   
  Hipertensión secundaria   
  Hipertensión maligna
 

---

FECHA DEL DIAGNÓSTICO (dd/mm/aaaa)

 FECHA ÚLTIMA CONSULTA (dd/mm/aaaa)
 

---

TALLA

PESO

 libras
 

---

**MEDIDAS REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS**

FECHA (dd/mm/aaaa)	MEDIDAS	
	SISTÓLICA	DIASTÓLICA

 CAUSA INDETERMINADA   
  Sí   
  No

 FECHA (dd/mm/aaaa)
 

---

 SI ES HIPERTENSIÓN SECUNDARIA, INDIQUE LA CAUSA:
 

---

 TRATAMIENTO ANTI- HIPERTENSIVO   
  Sí   
  No

 FECHA (dd/mm/aaaa)
 

---

 ¿CUÁL?
 

---

 ¿AÚN PRESENTE?   
  Sí   
  No

 FECHA (dd/mm/aaaa)
 

---

 EN CASO NEGATIVO, INTERRUMPIDO DESDE
 

---

 OTROS TRATAMIENTOS   
  Sí   
  No

 FECHA (dd/mm/aaaa)
 

---

 ¿CUÁLES?
 

---

 ¿POR QUÉ?
 

---

**ECG\***

REPOSO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA (dd/mm/aaaa)
--------	---	--------------------

<input type="checkbox"/> Normal* <input type="checkbox"/> Anormal*	<i>* Importante: Se requieren los últimos trazados electrocardiográficos realizados.</i>
--	--

ESFUERZO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA (dd/mm/aaaa)
----------	---	--------------------

<input type="checkbox"/> Normal* <input type="checkbox"/> Anormal*	<i>* Importante: Se requieren los últimos trazados electrocardiográficos realizados.</i>
--	--

RETINOPATÍA HIPERTENSIVA O ARTERIOSCLERÓTICA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA (dd/mm/aaaa)
--	---	--------------------

FONDO DE OJO: GRADO

ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA, CEREBROVASCULAR O PERIFÉRICA ANTES DE LOS 60 AÑOS EN LA HISTORIA FAMILIAR	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

FUMADOR	CIGARRILLOS	NÚMERO/DÍA
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Garantizo que las declaraciones expuestas anteriormente son correctas y completas. Convengo que las mismas pasen a formar parte integrante de la solicitud de Seguro. Entiendo que este seguro no estará en vigor hasta que esta solicitud haya sido aceptada por La Compañía.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante