



Cuestionario Acerca de las Dislipidemias

Para ser completado por el Médico Tratante

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDOS(S)

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

FUMADOR

SÍ

NO

PRESIÓN ARTERIAL

PESO (KG/LB)

ESTATURA (M/P)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDOS(S)

NOMBRE(S)

DIRECCIÓN

TELÉFONO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

CUESTIONARIO MÉDICO

1. Desde cuándo conoce y trata al paciente? (MM/DD/AAAA) _____

2. Fecha en que comenzó con trastornos en los Lípidos? _____

Diagnóstico _____

3. Tratamiento que ha recibido y/o recibe en la actualidad. Detalle el nombre del medicamento, y la dosis _____

4. Resultados de laboratorio del último control de Lípidos, actualizado (con una vigencia de 3 meses realizados en ayunas) y un electrocardiograma reciente

TRIGLICÉRIDOS

COLESTEROL TOTAL

LDL

VLDL

APO A

APO B

ELECTROCARDIOGRAMA (MM/DD/AAAA)

HDL



Continúa

Factores de Riesgo Asociados:

5. Indique si están presentes algunos de los siguientes factores de riesgos asociados:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> FUMAR | <input type="checkbox"/> OBESIDAD / SOBREPESO |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSION ARTERIAL | <input type="checkbox"/> OTROS |
| <input type="checkbox"/> HISTORIA FAMILIAR DE DISLIPIDEMIA | |

6. Conoce de otras condiciones medicas diagnosticadas, y/o tratadas en el presente o en el pasado como:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SÍNDROME ENDOCRINO-METABÓLICO | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PANCREÁTICOS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CORONARIA | <input type="checkbox"/> MIALGIAS |
| <input type="checkbox"/> OTROS | <input type="checkbox"/> ATAQUE CARDIACO |

De haber una respuesta positiva, favor de darnos detalles específicos y fechas.

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

El contrato es emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada, compañía registrada en el Ecuador. Servicio de medicina prepagada ofrecido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada en representación de Best Doctors Insurance Limited.
www.bestdoctorsinsurance.com

Para Servicio en Ecuador 045028000
Para Servicio en los EE.UU 1 305 269 2521