

Cuestionario de Enfermedades del Corazón

Para ser completado por el médico tratante

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDOS(S)

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

Fumador SÍ NO

PESO KG LB

ESTATURA M PIES

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDOS(S)

NOMBRE(S)

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

DIRECCIÓN

PAÍS

CUESTIONARIO MÉDICO

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

2. Diagnóstico y fecha de la entidad cardíaca (MM/DD/AAAA) _____

3. Tratamiento que ha recibido y/o recibe en la actualidad _____

4. Indique fechas y resultados de los siguientes exámenes realizados en los últimos seis (6) meses

ELECTROCARDIOGRAMA

FECHA (MM/DD/AAAA)

RADIOGRAFÍA DEL TÓRAX

FECHA (MM/DD/AAAA)

5. Resultados de otros exámenes de importancia realizados como ecocardiogramas, angiografía coronaria, perfusión cardíaca y/o remisión a otro especialista

6. Indique los resultados de los siguientes exámenes realizados en los últimos seis (6) meses

COLESTEROL

TRIGLICÉRIDOS

HDL

LDL

7. ¿Conoce de otras entidades médicas diagnosticadas, y/o tratadas en el presente o en el pasado? Como:

- Hipertensión
 Diabetes
 Sobrepeso
 Angina de Pecho

- Trastorno del Ritmo Cardíaco
 Vasculares y/o Respiratorias
 Otro

Si respondió positivamente a alguna de las entidades médicas, por favor proporcione detalles

DETALLE

FECHA (MM/DD/AAAA)

DETALLE

FECHA (MM/DD/AAAA)

DETALLE

FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

El contrato es emitido por Best Doctors S.A.
Empresa de Medicina Prepagada, compañía
registrada en Ecuador. Servicio de administración
de cobertura médica ofrecido por Best Doctors,
Inc. en representación de Best Doctors S.A.
Empresa de Medicina Prepagada.
www.bestdoctorsinsurance.com

Llamada de Cobro Revertido 1 305 269 2521
Llamada Gratuita dentro de los EE.UU. 1 866 902 7775
Llamada dentro de Ecuador 04 4008000