



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

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

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

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>*IMPORTANTE: Se agradecerá proporcionar los últimos trazados electrocardiográficos realizados.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>FECHA:</b> _____ / _____ / _____                                                                   | <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; background-color: #f0f0f0; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;">           _____<br/> <b>FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE</b> </div> </div> |
|                                                                                                       | <b>Nº de teléfono / celular del Médico:</b> _____                                                                                                                                                                                                                        |