



**Cuestionario para Ataques Cardiacos**

**Debe ser llenado por el Solicitante**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
2. ¿Ha sufrido o le han informado que usted a sufrido algún ataque cardíaco? \_\_\_\_\_ Si es así, llene el siguiente cuestionario en esta sección.
- a) Fecha del primer episodio \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo estuvo incapacitado?: \_\_\_\_\_  
Fecha en que reasumió todo su trabajo: \_\_\_\_\_
- b) ¿Qué diagnóstico le hizo su médico? \_\_\_\_\_
- c) Nombre y dirección del médico que le hizo el diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) ¿Cuántos ataques ha tenido? \_\_\_\_\_
- e) Nombres y direcciones de los médicos que lo han atendido: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f) Nombre y dirección del último médico que consultó para esta afección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- g) ¿Con qué frecuencia lo visita usted? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo lo visitó usted la última vez? \_\_\_\_\_  
¿Con qué motivo? \_\_\_\_\_
- h) ¿Cuándo tuvo la última vez dolores o molestias del pecho? \_\_\_\_\_  
¿Lleva consigo nitroglicerina? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo la usó por última vez? \_\_\_\_\_
- i) ¿Qué otros medicamentos está tomando actualmente y por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Si la respuesta a la pregunta N°. 2 es negativa, díganos si ha tenido angina de pecho, dolor en el pecho o molestias en esa región? \_\_\_\_\_ ☐ Sí ☐ No  
¿Ha tenido respiración entrecortada? \_\_\_\_\_ ☐ Sí ☐ No  
¿Palpitaciones? \_\_\_\_\_ ☐ Sí ☐ No  
¿Molestias en la boca del estómago? \_\_\_\_\_ ☐ Sí ☐ No  
¿Indigestión? \_\_\_\_\_ ☐ Sí ☐ No

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativas, favor dar detalles, fechas, frecuencias, fecha de la última molestia

4. Nombre y direcciones de todos los médicos consultados para cualquier afección en los últimos 5 años dando motivos y fechas.

Firmado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma