

VISITA

Datos del paciente

Fecha : ____/____/____

Nº de registro: _____ Nombre completo _____

C.I.: _____ - _____ Teléfono: _____

Médico tratante: _____

EXAMEN CLÍNICO

Peso (kg): _____ , _____

Talla (cm): _____

P.Cintura (cm): _____

Asintomático

Angor típico

Angor atípico

Dolor torácico

PAS (mmHg): _____

PAD (mmHg): _____

Pulso: _____

Adhesión a medicación: Buena Regular Mala

Adhesión a ejercicio: Buena Regular Mala

Efectos secundarios de la medicación: No Si Mialgias Digestivos Otros

Fuma: Si No

Observaciones: _____

Definición de fuma:

Si - si fumó en los últimos 6 meses

No - si no fumó en los últimos 6 meses

VALORACIÓN NUTRICIONAL

RESUMEN:

Fibra: Bueno Regular Malo

Frecuencia de carnes: Bueno Regular Malo

Uso de azúcares: Bueno Regular Malo

Manejo de grasas: Bueno Regular Malo

Alcohol: Si No

Uso de contraindicados: No Si → Frecuente Esporádico

Observaciones: _____

Recomendaciones:

.....

.....

FECHA DEL PRÓXIMO CONTROL MÉDICO: ____/____/____

FECHA DE PRÓXIMA VISITA: ____/____/____

MEDICAMENTOS

	INDICADO		Dosis diaria (mg)	Entrega
AAS	SI	NO		SI
Clopidogrel	SI	NO		SI
Betabloqueantes	SI	NO		
Atenolol	SI	NO		SI
Propanolol	SI	NO		
Carvedilol	SI	NO		
Otro B Bloqueante	SI	NO		
IECA	SI	NO		SI
ARA II	SI	NO		SI
Estatinas	SI	NO		
Atorvastatina	SI	NO		SI
Sinvastatina	SI	NO		
Fibrato	SI	NO		SI
Otro hipolipemiente	SI	NO		
Ezetimibe	SI	NO		SI
Hidroclorotiazida	SI	NO		SI
Furosemide	SI	NO		SI
Digoxina	SI	NO		
Nitrato	SI	NO		
Diltiazem	SI	NO		
Warfarina	SI	NO		
Metformina	SI	NO		SI
Glibenclamida	SI	NO		SI
Insulina	SI	NO		
Otro hipoglucemiente	SI	NO		
Otro	SI	NO		