



IOSCor
Instituto de obra Social
de Corrientes

PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL

FICHA DE INGRESO AL PROGRAMA

NOMBRE Y APELLIDO	
DNI	
FECHA NACIMIENTO	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO(FIJO/CELULAR)	
CORREO ELECTRÓNICO	

FECHA DIAGNOSTICO	
-------------------	--

ANTECEDENTES PERSONALES			
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE CUALQUIER TIPO	SI	NO	NO SABE
ENFERMEDAD CORONARIA	SI	NO	NO SABE
ENFERMEDAD RENAL	SI	NO	NO SABE
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA	SI	NO	NO SABE
ANTECEDENTES FAMILIARES DE PATOLOGÍAS RELAC.	SI	NO	NO SABE
DIABETES	SI	NO	NO SABE
DISLIPIDEMIA	SI	NO	NO SABE
TABAQUISMO	NO	EX	SI
			CANTIDAD DIARIA

EXAMEN FISICO			PESO	KG
PRESIÓN ARTERIAL SENTADO	SISTOLICA	DIASTOLICA	TALLA	CM
1° TOMA			PERÍMETRO DE CINTURA (a nivel del ombligo)	CM
2° TOMA				
PRESIÓN ARTERIAL PARADO	SISTOLICA	DIASTOLICA		
1° TOMA				

EXAMEN FISICO	CUALES (ACLARAR)		
ALTERACIONES EN EL PULSO	SI	NO	
ALTERACIONES A NIVEL CARDIACO	SI	NO	
ALTERACIONES A NIVEL AB.	SI	NO	

LABORATORIO					
DETERMINACIÓN	VALOR	DETERMINACIÓN	VALOR	DETERMINACIÓN	VALOR
HEMATOCRITO					
GLUCEMIA					
POTASEMIA					

TRATAMIENTO PREVIO			
SE INDICÓ DIETA HIPOSÓDICA	SI	NO	
SE INDICÓ ACTIVIDAD FÍSICA	SI	NO	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVIO	SI	NO	DESCRIBA:

ESTUDIOS OPCIONALES(su realizacion no es indispensable para ingresar al plan)		
ELECTROCARDIOGRAMA(solo conclusiones)	NORMAL	PATOLÓGICO
COMENTARIOS:		
ECOCARDIOGRAMA(solo conclusiones)	NORMAL	PATOLÓGICO
COMENTARIOS:		

PLAN TERAPEÚTICO INDICADO			
	DROGA/S	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA
RP1			
RP2			
RP3			

FECHA

APELLIDO Y NOMBRE PROFESIONAL

MATRICULA

FIRMA