

ANEXO 4:

FICHA Médico TRATANTE/ESPECIALISTA

Nombre del Paciente: _____

1. Diagnósticos:
2. Tiempo desde el diagnóstico
3. Resultado de exámenes asociados al diagnóstico _____

4. Riesgo de perder el conocimiento en forma brusca: bajo alto
5. Capacidad para realizar los movimientos voluntarios del manejo: SI NO
6. Somnolencia diaria por enfermedad o tratamiento: SI NO
7. Tratamiento:

Medicamentos: _____

Otro: _____

Tiempo con ese esquema de tratamiento:

Adherencia al tratamiento: SI NO

Reacciones adversas que ha presentado con ese medicamento: SI NO
¿Cuáles? _____

8. Evolución satisfactoria de la enfermedad: SI NO

9. Control regular SI NO

10. Daño a órganos blanco SI NO

11. ¿En cuánto tiempo requiere una reevaluación por usted?

Firma y timbre médico tratante

Recuerde adjuntar ficha de la atención del médico tratante (pesquisa o holter de presión)