

Identificador del participante:

C	P	_				
---	---	---	--	--	--	--

Numero de Historia Clínica:

--	--	--	--	--	--	--

Fecha del examen: _____

Primer apellido **Segundo apellido** **Nombre**

Código Médico: _____

Nombre del médico: _____

¿Ha cambiado desde la última visita su dirección o número de teléfono?

Si ___ No ___

En caso afirmativo, recoger nueva información: _____

Datos epidemiológicos:

¿Ha cambiado su estado civil desde la última visita?: Sí ___ No ___

Soltero/a ___ Casado/a ___ Viudo/a ___ Divorciado/a ___ Separado/a ___ Otros ___

¿Ha cambiado el número de personas que comparten el hogar desde la última visita?: Sí ___ No ___

Número de personas con las que comparte el hogar: _____

¿Ha cambiado su situación laboral desde la última visita?: Sí ___ No ___

¿Cuál es su situación laboral actual?

Está trabajando ___ Incapacidad permanente ___ Ama de casa ___ Estudiante ___

Jubilado ___ Trabaja pero tiene una baja laboral de más de tres meses ___ Paro con subsidio ___

Paro sin subsidio ___ Datos insuficientes ___

¿Qué trabajo concreto hace o hacía? _____

¿Qué trabajo concreto hace o hacía el/la cabeza de familia? _____

¿Ha cambiado su hábito tabáquico en los últimos 6 meses?: Sí ___ No ___

En caso afirmativo, especificar:

+ Exfumador: ___

+ Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos, puros o pipas fuma al día, en estos momentos?:

Cigarrillos/día _____ Puros/día _____ Pipas/día _____

+ Datos insuficientes ___

¿Ha cambiado su hábito enólico en los últimos 6 meses?: Sí ___ No ___

En caso afirmativo, especificar:

+ Exbebedor: ___

+ Aproximadamente, ¿Qué cantidad de alcohol toma al día, en estos momentos? _____ gramos/día

+ Datos insuficientes ___

EVOLUCIÓN DESDE LA ÚLTIMA VISITA (en las siguientes preguntas, en caso afirmativo solicitar informe médico y rellenar hoja de eventos)

Desde la última visita, ¿ha desarrollado algún tipo de enfermedad que no se le hubiera diagnosticado previamente o ha acudido a su médico por algún motivo?

Sí (pasar a la siguiente pregunta) ____

No (pasar directamente a la pregunta referida al grado de Disnea) ____

Desde la última visita ¿Se le ha diagnosticado diabetes?: Sí ____ No ____ Datos insuficientes ____

Desde la última visita ¿Ha sido usted informado por personal sanitario, que haya tenido cifras de colesterol alto?

Sí ____ No ____ Datos insuficientes ____

Desde la última visita ¿Ha sido usted informado por personal sanitario, que tenga la tensión alta?

Sí ____ No ____ Datos insuficientes ____

Desde la última visita ¿Ha sido usted informado por personal sanitario, que haya tenido un infarto de miocardio?

Sí ____ No ____ Datos insuficientes ____

Desde la última visita ¿Ha sido usted informado por personal sanitario, que haya tenido angina de pecho?

Sí ____ No ____ Datos insuficientes ____

Desde la última visita ¿Ha sido usted informado por personal sanitario, que le hayan practicado una angioplastia coronaria con o sin implantación de stent o realizado una intervención de bypass coronario quirúrgico?

Sí ____ No ____ Datos insuficientes ____

Desde la última visita ¿Ha sido usted informado por personal sanitario, que haya sufrido un paro cardiaco del que haya recuperado?

Sí ____ No ____ Datos insuficientes ____

Desde la última visita ¿Ha sido usted informado por personal sanitario, que haya sufrido alguna arritmia?

Sí ____ No ____ Datos insuficientes ____

Desde la última visita ¿Ha sido usted informado por personal sanitario, que haya sufrido un accidente vascular cerebral?

Sí ____ No ____ Datos insuficientes ____

Desde la última visita ¿Le han diagnosticado de aneurisma de aorta?

Sí ____ No ____ Datos insuficientes ____

Desde la última visita, ¿le han diagnosticado de un trastorno circulatorio en las piernas?

Sí ___ No ___ Datos insuficientes ___

¿Ha motivado este trastorno circulatorio que le intervinieran quirúrgicamente o que le amputaran parte de una extremidad?

Sí ___ No ___ Datos insuficientes ___

Desde la última visita, ¿le han diagnosticado de cataratas?

Sí ___ No ___ Datos insuficientes ___

Desde la última visita, ¿ha sido sometido a algún tipo de intervención quirúrgica? (en caso afirmativo indique cual)

Sí ___ No ___ Datos insuficientes ___

Especificar _____

Desde la última visita, ¿ha desarrollado algún tipo de enfermedad distinto a los aquí recogidos?

Sí ___ No ___ Datos insuficientes ___

Especificar _____

Desde la última visita ¿Ha notado que se cansa excesivamente o le falta el aire al realizar algún ejercicio (subir escaleras, caminar, etc)?

No disnea ___

Disnea a grandes esfuerzos (bailar, caminar durante media hora, trabajos de jardinería, etc) ___

Disnea a moderados esfuerzos (ducharse, vestirse, etc) ___

Disnea a mínimos esfuerzos (cualquier actividad, levantarse de la cama) ___

Disnea sin especificar grado ___

Datos insuficientes ___

En pacientes diabéticos, ¿le han diagnosticado alguna de las siguientes complicaciones, desde la última visita?

- Afectación renal: Sí ___ No ___ Datos insuficientes ___

En caso de afectación renal, el empeoramiento de la función renal ha motivado que entrara en un programa de diálisis:

Sí ___ No ___ Datos insuficientes ___

- Afectación de la retina por la diabetes (retinopatía diabética) que haya motivado un tratamiento por láser?

Sí ___ No ___ Datos insuficientes ___

Desde la última visita ¿ha cambiado su medicación? (en caso afirmativo indique cual)

Sí ___ No ___ Datos insuficientes ___

En caso afirmativo, nombre del medicamento/s y dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales)

RETIRADO

INTRODUCIDO

Exploración Física

Altura: ____ , ____ m Peso: ____ , ____ Kg IMC: ____ , ____ Kg/m² Cintura: ____ cm

Presión Arterial (PA) y Frecuencia Cardíaca (FC)

	PA sistólica	PA diastólica	FC
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____

Anotación de incidencias:

Tipo de recogida de la información:

Presencial ____ Teléfono ____ Historia clínica ____ Otros (especificar) ____

Adhesión a la intervención:

Buena ____ Regular ____ Mala ____

Muestra biológica en este seguimiento:

Sí ____ No ____