



FORMULARIO DE CONTROL – PACIENTE HIPERTENSO
Formulario para seguimiento y presentación cada 6 meses en obra social

1) DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: _____
Nº DNI: _____
Domicilio: _____
Teléfono : _____

2) RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA -Antecedentes / evolución-

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3) TRATAMIENTO -Medicación y dosis-

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A PRESENTAR

1. Electrocardiograma
2. Radiografía de tórax
3. Laboratorio:
 - Hemograma
 - Glucemia
 - Urea
 - Creatinina
 - Colesterol total

Firma y sello del Profesional Tratante

- Firma: _____
- Fecha: ____ / ____ / ____