

Identificación del paciente*:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Nº código Paciente | Fecha extracción: _____ (dd/mm/aaaa) |
| Tipo de muestra: <input type="radio"/> Saliva <input type="radio"/> Sangre <input type="radio"/> ADN <input type="radio"/> Otro (especificar) | |
| Su referencia: | |

Motivo de la consulta*:

Cribado en paciente asintomático
 Cribado en paciente asintomático con antecedentes familiares
 Prueba de esfuerzo positiva en paciente asintomático
 Paciente de riesgo cardiovascular moderado
 Otros: _____

Características del paciente*:

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Edad | _____ años | Sexo | <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer |
| Fuma | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Nunca fumador | Exfumador < 1 año | <input type="radio"/> Exfumador > 1 año |
| Diabetes | <input type="radio"/> Tipo I <input type="radio"/> Tipo II | <input type="radio"/> No | |
| HTA | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tratamiento antihipertensivo | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Antecedentes familiares | < 65 años > 65 años | No | Desconocido |
| Cardiopatía isquémica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ACV | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Exploración física*:

| | | | |
|-----------------------------|-------------|--------|----------|
| Tensión arterial sistólica | _____ mm Hg | Peso: | _____ Kg |
| Tensión arterial diastólica | _____ mm Hg | Talla: | _____ cm |

Datos de laboratorio*:

| | | | | | |
|------------------|-------------|--------------|---------------|-------------|--------------|
| Colesterol total | _____ mg/dL | _____ mmol/L | Triglicéridos | _____ mg/dL | _____ mmol/L |
| Colesterol LDL | _____ mg/dL | _____ mmol/L | Glucemia | _____ mg/dL | _____ mmol/L |
| Colesterol HDL | _____ mg/dL | _____ mmol/L | | | |

Fórmula de riesgo solicitada:

REGICOR Framingham SCORE bajo riesgo SCORE alto riesgo
(Por defecto se seleccionará la fórmula de REGICOR)

Declaro que el paciente ha firmado consentimiento informado para esta evaluación.

Firmado:

_____, a _____ de _____ 202__