



More than medicine. More to life.

### Encuesta de autoevaluación médica de Hipertensión Arterial Pulmonar



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Responda las siguientes preguntas y comparta la información de la encuesta con el personal de enfermería, los enfermeros practicantes, los asistentes o el médico.

#### 1. ¿Cómo se siente en general en comparación con la última visita?

- Mejor
- Peor
- Igual

Describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. ¿Ha cambiado el nivel de actividad física desde la última visita?

- Mejor
- Peor
- Igual

Describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3. ¿Sufre disnea cuando:

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. camina sobre suelo nivelado?           | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| b. sube escaleras o camina cuesta arriba? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| c. tiende la cama?                        | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| d. se viste?                              | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| e. barre el piso?                         | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

#### 4. ¿Puede recorrer el supermercado a pie o necesita utilizar un carro eléctrico?

- Camina
- Camina apoyándose en el carro
- Utiliza un carro eléctrico

#### 5. ¿Debió suspender alguna actividad laboral, escolar o habitual debido a dolores de pecho, fatiga, hinchazón o empeoramiento de la disnea u otros síntomas relacionados con la Hipertensión Arterial Pulmonar desde la última visita?

- Sí
- No

#### 6. ¿Ha sufrido dolor de pecho o palpitaciones desde la última visita?

- Sí
- No
- De ser así:  Mejor  Peor  Igual

#### 7. ¿Ha sufrido mareos y desmayos desde la última visita?

- Sí
- No



Para obtener más información sobre el programa Living PAH, visite [livingpah.com](http://livingpah.com)



8. ¿Ha tenido hinchazón de piernas? De ser así, ¿ha mejorado, empeorado o se mantuvo igual que desde la última visita?

Sí

No

De ser así:

Mejor

Peor

Igual

9. ¿Ha respetado rigurosamente la restricción de 2 gramos de sodio y 2 litros de líquido, si corresponde?

Sí

No

N/C

10. ¿Ha tenido alguna infección desde la última visita?

Sí

No

De ser así, ¿ha recibido tratamiento con antibióticos?

Sí

No

11. ¿Ha sido hospitalizado desde la última visita?

Sí

No

12. ¿Ha utilizado el oxígeno de manera constante, si corresponde?

Sí

No

N/C

13. ¿Qué medicamentos para la Hipertensión Arterial Pulmonar está tomando actualmente?

Enumérelos: \_\_\_\_\_

14. ¿Ha saltado alguna dosis de alguno de los medicamentos para la Hipertensión Arterial Pulmonar?

Sí

No

¿De ser así, nombre los medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Algún motivo en particular? \_\_\_\_\_

15. ¿Ha experimentado efectos secundarios de la medicación para el tratamiento de la Hipertensión Arterial Pulmonar?

Sí

No

¿De ser así, nombre los medicamentos? \_\_\_\_\_

Describa los síntomas: \_\_\_\_\_

16. ¿Ha realizado alguna modificación en la medicación desde la última visita? (Proporcione una descripción en el siguiente espacio)

Inició

Abandonó

-----

-----

-----

-----

-----

-----