

# CUESTIONARIO DIABETES Y OTROS TRASTORNOS METABÓLICOS DE LA GLUCOSA

## Información del paciente

Nombre y apellidos completos

Fecha de nacimiento

Peso (Kg / Wt)

Altura (M / Ht)

## Diagnóstico

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de primeros síntomas

Fecha del diagnóstico

### Tipo de diabetes

Diabetes Tipo 1  
(Insulino Dependiente)

Diabetes tipo 2  
(No insulino Dependiente)

Diabetes Gestacional

¿Está el paciente bajo tratamiento? Si responde "Sí", por favor proporcione detalles: ☐ SÍ ☐ NO

Dieta

Especificar tipo de Insulina y Unidades

Medicamento oral (nombre/dosis)

Combinación (explique)

¿Ha sufrido el paciente alguna de las siguientes complicaciones? Si responde "Sí", por favor explique: ☐ SÍ ☐ NO

Condición	Fecha del primer síntoma		Condición	Fecha del primer síntoma	
Glaucoma	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Claudicación intermitente	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Macroangiopatía	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Problemas de la piel (Xantomatosis Eruptiva, Úlceras, dermatopatía diabética, Necrobiosis lipídica etc)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Microangiopatía	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO			
Condición	Fecha del primer síntoma		Condición	Fecha del primer síntoma	
Retinopatía	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Neuropatía	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Otras complicaciones	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Nefropatía	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Ingresos al hospital	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Por favor proporcione la siguiente información:

Fecha	Estatura	Metros	Pies	Peso	Kg	Lb
-------	----------	--------	------	------	----	----

Valores de pruebas de sangre realizados en los últimos 6 meses (incluya el reporte del laboratorio):

Glucosa en ayunas	Hemoglobina glicosilada	Colesterol total	Triglicéridos
100 mg/dL	5,6 %	180 mg/dL	150 mg/dL

LDL	HDL	BUN (Relacion Urea/Creatinina)	Creatinina
-----	-----	--------------------------------	------------

Resultado de Examen General de Orina no mayor a 6 meses (Incluya el reporte de laboratorio):

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde “Sí”, por favor explique. [\(incluya el reporte\)](#)

Prueba		Fecha	Resultado
Aclaramiento de creatinina	SÍ	NO	
Proteinuria de 24 horas	SÍ	NO	
Tolerancia a la glucosa	SÍ	NO	
Microalbuminuria	SÍ	NO	

Nombre y Apellidos completos		Dirección
Teléfono	Fax	Correo Electrónico
Fecha	Firma	