

Cuestionario de Diabetes mellitus - Médico tratante

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

1. ¿Cuándo se diagnosticó la diabetes?

2. Tipo de diabetes

- a) Diabetes mellitus tipo 1 ☐
- b) Diabetes mellitus tipo 2 ☐
- c) Otro tipo (especifíquelo) ☐

3. Tratamiento de su paciente:

- a) ¿Se han recetado medicamentos orales? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la medicación

- b) ¿Se ha receta insulina? Si ☐ No ☐

Indique el tipo y la dosis, incluyendo el número de veces al día.

4. Control de la diabetes mellitus

- a) ¿En qué medida controla el paciente su enfermedad?

- b) Indique las cifras de los niveles de azúcar en sangre tomados en los últimos 12 meses y si han sido tomados en ayunas o no.

- c) Proporcione los resultados de los análisis de orina de los últimos 12 meses.

- d) Proporcione los resultados de los niveles de HbA1c de los últimos 12 meses.

- e) ¿Con qué frecuencia acude el paciente a su consulta para el seguimientos de su enfermedad?

- f) ¿Cuándo fue la última consulta?

- g) Facilítenos su nombre y dirección.

5. ¿Desde qué empezó el tratamiento, se ha presentado algún episodio de hipoglicemia que haya requerido el ingreso hospitalario debido a, un coma diabético, cetoacidosis o cualquier otro trastorno relacionado con la diabetes?

Si ☐ No ☐

De ser así, proporcione toda la información al respecto incluyendo las fechas.

6. ¿Ha padecido el paciente alguno de los siguientes trastornos?

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Proteinuria o albuminuria | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| b) Nefropatía | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| c) Retinopatía | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| d) Neuropatía | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| e) Hipertensión | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| f) Cardiopatía isquémica | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| g) Enfermedad vascular periférica | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Si responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione toda la información al respecto.

7. ¿Se ha sometido al paciente a alguno de los siguientes estudios?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a) ECG en reposo o prueba de esfuerzo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| b) Análisis de sangre para lípidos, pruebas de función renal, etc. | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

De ser así, proporcione toda la información al respecto.

8. ¿Ha estado el paciente de baja laboral durante 15 días o más en el último año a consecuencia de alguna enfermedad?

Si ☐ No ☐

De ser así, proporcione toda la información al respecto.

9. Existe algún otro factor de riesgo o enfermedad que pueda afectar al pronóstico de la diabetes como, por ejemplo, tabaquismo.

Declaro que, según mi leal saber y entender, mis respuestas son ciertas y que no he ocultado ninguna información fundamental que pueda influir en la evaluación o aceptación de la presente solicitud de seguro.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

FIRMA DE MÉDICO TRATANTE

Nombre: _____

SELLO CLÍNICA

