

CUESTIONARIO SOBRE DIABETES

Para ser completado por el médico tratante

I- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|--|
| Nombre del Solicitante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo) | Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año | Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | Peso <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg | Estatura <input type="radio"/> pies <input type="radio"/> m |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Fumador ☐ Si ☐ No Cigarillos por día Cantidad de años fumando

II- SÍNTOMAS Y/O SIGNOS DE LA ENFERMEDAD:

Fecha de inicio de síntomas y signos:

Cuáles fueron los síntomas iniciales de la enfermedad?

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Variación de peso | <input type="radio"/> Modificación del apetito | <input type="radio"/> Decaimiento | <input type="radio"/> Infecciones |
| <input type="radio"/> Hipoglicemia | <input type="radio"/> Hiperglicemia | <input type="radio"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="radio"/> Otras |

Si la respuesta es "SI", por favor explique:

III- TIPO DE DIABETES:

- ☐ Diabetes Tipo I ☐ Diabetes Tipo II ☐ Diabetes Gestacional

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| <input type="radio"/> Diabetes secundaria a otra enfermedad o medicamentos (Especificar) | <input type="text"/> | Fecha de diagnóstico |
| | | <input type="text"/> |

IV- TRATAMIENTO INDICADO

| | Nombre y Dosis | Fecha |
|--|----------------------|----------------------|
| <input type="radio"/> Dieta | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Medicamento oral | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Insulina | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Otras | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

V- HA CONSULTADO EL PACIENTE ALGÚN OTRO MEDICO?

Respuesta

☐ Si ☐ No

Información del médico

Nombre:

Fecha

Especialidad:

Motivo:

VI- EL PACIENTE HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES?

☐ Insuficiencia renal crónica

☐ Retinopatía

☐ Desordenes Cardiacos

☐ Enfermedad vascular periférica

☐ Neuropatía periférica

☐ Infecciones de la piel

☐ Hipoglicemia

Si la respuesta es "SI" por favor explique:

VII- RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN LOS ULTIMOS 12 MESES:

| | Resultado | Fecha |
|-------------------------|-----------|-------|
| Glucosa en ayunas | | |
| Hemoglobina glicosilada | | |
| Colesterol total | | |
| LDL | | |
| HDL | | |
| Trigliceridos | | |
| Creatinina | | |
| Exámen de orina | | |
| Electrocardiograma | | |
| Prueba de esfuerzo | | |

Si algún otro exámen complementario ha sido realizado, por favor indique el tipo, resultados y fecha:

**VIII-COMENTARIOS SOBRE FACTORES DE RIESGO O
ENFERMEDADES ADICIONALES, SUS COMPLICACIONES Y PRONOSTICO:**

| |
|--|
| |
|--|

IX- INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ASISTENCIA:

Nombre y Apellido

| |
|--|
| |
|--|

Dirección de la oficina

| |
|-----------|
| Dirección |
|-----------|

| | | | |
|--------|--------|---------------|------|
| Ciudad | Estado | Código postal | País |
|--------|--------|---------------|------|

| | |
|----------|--------------------|
| Teléfono | Correo electrónico |
|----------|--------------------|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Firma del Médico

Fecha