



# BEST MERIDIAN

## INSURANCE COMPANY

### CUESTIONARIO DE DIABETES

(Para ser completado por el médico del paciente)

#### MEDICO DEL PACIENTE:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

#### ASEGURADO PROPUESTO:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

## INFORMACION MEDICA:

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo fue diagnosticada y tratada por primera vez la Diabetes Mellitus y qué procedimientos para diagnóstico fueron utilizados? Por favor, indique fechas y resultados.

---

---

3. ¿Qué tratamiento fue prescrito? Si dieta solamente, por favor describa la naturaleza de la dieta.

---

---

Si fue tratamiento oral, por favor informe el medicamento y la dosis. \_\_\_\_\_

Si fue insulina, por favor informe el tipo y la dosis. \_\_\_\_\_

4. ¿Alguna vez le ha sido cambiado el tratamiento? Si la respuesta es positiva, por favor de detalles.

---

5. ¿Con qué frecuencia usted controla la Diabetes Mellitus al paciente? \_\_\_\_\_

---

6. ¿Cómo controla el paciente su condición? \_\_\_\_\_

---

7. ¿Ha tenido el paciente alguna vez coma diabética o insulínica? Si la respuesta es positiva, favor informar el tratamiento prescrito y el nombre del hospital donde fue tratado. \_\_\_\_\_

---

8. Favor indique los resultados de los últimos dos años y dentro de los últimos tres meses de los niveles de:

- Azúcar en sangre en ayunas: \_\_\_\_\_
- Azúcar en sangre dos horas después de una carga de glucosa: \_\_\_\_\_
- Acetonuria: \_\_\_\_\_
- Glicosuria: \_\_\_\_\_
- Microalbuminuria: \_\_\_\_\_
- Peso: \_\_\_\_\_

- Cambios Fundoscópicos de la retina: \_\_\_\_\_
- Presión Arterial: \_\_\_\_\_
- Pulsaciones por minuto: \_\_\_\_\_

Por favor clasifique el tipo de Diabetes: \_\_\_\_\_

9. Indique la fecha y los resultados del último Electrocardiograma (en reposo y/o de Esfuerzo "Stress Test") y radiografía del tórax.

---



---

10. ¿Existe la presencia de factores de riesgo o posibles complicaciones futuras? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.

---



---

11. ¿Hay historia familiar positiva de diabetes mellitus, enfermedades coronarias, cerebro vascular o enfermedad arterial periférica? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.

---



---

12. ¿Conoce de cualquier otra dolencia diagnosticada y/o tratada en el pasado o presente, tales como hipertensión arterial, enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebro vascular o arterial periférica, nefropatía diabética, retinopatía diabética, neuropatía diabética autónoma, etc.? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.

---



---



---

13. ¿Es el paciente fumador? Si es afirmativo, por favor indique desde cuándo y cuántos cigarrillos por día. Si el paciente no es fumador pero lo fue, indique hace cuánto tiempo y cantidad de cigarrillos que fumaba por día.

---



---

14. ¿Cuál es el promedio de ingestión de bebidas alcohólicas del paciente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha