

Nombre y Apellidos de su paciente _____

1. Período de tiempo bajo su observación como paciente: Desde _____ 20 _____ Hasta _____

2. Si lo sabe, favor indicar la fecha en que la diabetes fué diagnosticada _____

3. ¿Le consulta el paciente regularmente para su examinación y aconsejamiento? ☐ Sí ☐ No

¿Con que frecuencia? _____ ¿Fecha de la última consulta? _____

4. ¿Cuál es la dieta e insulina o medicamento oral prescrito?

Dieta		Insulina	Medicamento Oral
Carbohidratos	Gms.	Tipo	Tipo
Proteínas	Gms.	Total de unidades por día	Tabletas por día
Grasa	Gms.	Ninguno	Ninguno

¿Si la dieta no es calculada en gramos de carbohidratos, proteína y grasa, o no es medida, o calculada de la lista de intercambio apropiada de alimentos, ¿qué tipo de programa de dieta sigue?

(favor de dar detalles bajo el número 8)

¿Sigue el paciente sus consejos concernientes a la dieta e insulina o medicamentos orales prescritos, o hace cambios sin antes consultarlo con usted? _____

¿Ha sido necesario incrementar la cantidad de insulina o medicamento oral sin un incremento en la dieta?

5. ¿Qué niveles de azúcar en la sangre y orina se han encontrado en los últimos dos años?

Azúcar en la Sangre	Azúcar en la Orina
Fecha	Fecha
En Ayunas	En Ayunas
Sin Ayunar	Sin Ayunar

6. Hay evidencia o historia de:

Infecciones repetidas ☐ Sí ☐ No
 Presión Arterial Elevada ☐ Sí ☐ No
 Enfermedad de riñones ☐ Sí ☐ No
 Circulación deteriorada ☐ Sí ☐ No
 Enfermedad del corazón ☐ Sí ☐ No
 Pérdida o incremento de peso ☐ Sí ☐ No
 Coma Diabética ☐ Sí ☐ No
 Retinitis ☐ Sí ☐ No
 Arterioesclerosis ☐ Sí ☐ No
 Shock o reacciones hipoglicémicas o insulinas frecuentes ☐ Sí ☐ No
 Alguna otra enfermedad _____

7. ¿Se le han practicado electrocardiogramas a este Paciente? _____

Si están disponibles, le agradeceríamos que nos los envíe para nuestra revisión. Le serán devueltos brevemente. Si no están disponibles, favor incluir los resultados bajo el número 8.

8. Favor de utilizar el reverso de este formulario para ampliar respuestas a lo anterior y para los comentarios que usted quiera hacer concernientes a la habilidad de su paciente para controlar esta enfermedad.

Firma del Médico Tratante

Fecha