

CUESTIONARIO DE DIABETES

(Para ser Completado por el Médico Tratante)

MEDICO TRATANTE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

PROPUESTO ASEGURADO:

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 Tratante

Fecha