



(Para ser llenado por el médico tratante)

Se ruega completar detalladamente el cuestionario con las fechas y aclaraciones correspondientes.

Nombre completo del paciente: _____

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico:

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

Fecha de la última consulta:

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

Resultados de los últimos análisis de laboratorio:

Glicemia

- En ayunas
- Post-prandial (2 horas)

Glucosuria

- Antes de las comidas
- Después de las comidas

Proteinuria

| | Cantidad | Fecha | | | Cantidad | Fecha | | |
|--|----------|-------|-----|-----|----------|-------|-----|-----|
| | | Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

¿En el transcurso de los últimos 6 meses apareció alguna vez una tasa de glicemia superior a (300 mg / 100 ml)? Sí No Observaciones _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

¿Está bajo tratamiento médico? Sí No Desde _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

Diabetes controlada Sí No Desde _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

Tratamiento

- Antidiabéticos orales Sí No Desde _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |
- Tratamiento mediante insulina en la actualidad Sí No Unidades por día _____ Desde _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |
- Otros medicamentos Sí No Desde _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

¿Cuáles? _____ Motivo _____

ECG - Reposo Sí No Normal Anormal _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

- Esfuerzo Sí No Normal Anormal _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

Fondo de ojo normal Sí No Grado _____ ¿Cuáles? _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

Existen signos o síntomas de:

- Cataratas diabéticas Sí No _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |
- Enfermedad coronaria Sí No _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |
- Enfermedad cerebrovascular Sí No _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |
- Enfermedad de las arterias periféricas Sí No _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |
- Nefropatía diabética Sí No _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |
- Proteinuria inexplicable Sí No _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |
- Polineuropatía Sí No _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

Antecedentes de cetoacidosis Sí No
o comas diabéticos, hiperosmolar ¿Cuántos? _____ El último el:

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

o hipoglucémico.

Fumador Cigarrillos/Cantidad diaria: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Presión arterial _____ / _____ En tratamiento Sí No Fecha:

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

Lugar _____ Fecha

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

Nombre y firma del médico tratante

Reg. de la Sría. de Salud

Cédula profesional