

Cuestionario sobre Diabetes

A ser completado por el médico tratante

Nombre del Médico tratante: _____

Nombre y apellido del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico (tipo de diabetes): _____

Fecha del diagnóstico: _____ Fecha del último control: _____

Altura: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ / _____

Por favor, completar indicando fecha y resultados de los análisis de orina y sangre

Análisis de Orina	Azúcar	Proteínas	Hallazgos Microscópicos
Fecha:			
1°			
2°			
3°			

Análisis de Sangre	Glucosa en Ayunas	Hemoglobina Glucosidada (HbA1C)
Fecha:		
1°		
2°		
3°		

Niveles de Glicemia > a 250 mg% Si No Fecha: _____
Diabetes tratada Si No Desde: _____
¿Ha presentado coma diabético o hipoglicemia aguda en los últimos 3 años? Si No
En caso afirmativo, detallar: _____

Medicación

Hipoglicemiantes orales Si No Desde: _____
Insulina Si No Desde: _____ Dosis diaria: _____
⇨ Suministrada vía S.C o bomba Si No
Otros medicamentos Desde: _____
Detalles: _____

Exámenes

ECG en Reposo Si No Normal Anormal Fecha: _____
ECG de Esfuerzo Si No Normal Anormal Fecha: _____
Fondo de Ojo Si No Normal Anormal Fecha: _____
RX de Tórax Si No Normal Anormal Fecha: _____
Otros exámenes: Detalles: _____
⇨ En caso de examen anormal, por favor especificar: _____

Anomalías asociadas o síntomas de

Retinopatía Si No Tipo: _____
Cardiopatías Si No Detalles: _____
HTA Si No Tratada Cifras: _____ / _____
Nefropatía Si No Cifras: _____
Microalbuminuria Si No Tipo de neuropatía: _____
Neuropatía Si No Ex fumador: Si No
Tabaquismo actual Si No
Consumo diario de cigarrillos: _____

Historia Familiar

¿Hubo en la familia casos de diabetes, nefropatía, enfermedad coronaria, arterial periférica o cerebrovascular antes de los 62 años? Si No En caso afirmativo, detallar: _____

Fecha: _____

Firma del Médico Tratante: _____