

Debe ser completado por el médico del paciente.

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre:

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento:

dd mm aaaa

Estatura:

Mts. Pies

Peso:

Kgs. Lbs.

Sexo: Masculino Femenino

Fumador: SI NO

Cantidad por día: _____

¿Desde cuándo?

dd mm aaaa

¿Hasta cuándo?

dd mm aaaa

Estilo de Vida: Sedentario Activo

B. SÍNTOMAS Y/O SIGNOS DE LA ENFERMEDAD:

1- Cambios de peso? SI NO

4- Infecciones? SI NO

2- Cambio de Apetito? SI NO

5- Hipoglucemia o hyperglucemia? SI NO

3- Cansancio? SI NO

6- Enfermedad cardiovascular? SI NO

Fecha de aparición de síntomas y signos:

dd mm aaaa

Favor de explicar respuestas afirmativas a continuación:

C. DIAGNÓSTICO:

1- Diabetes tipo I SI NO

2- Diabetes tipo II

3- Resistencia a la insulina SI NO

4- Diabetes Gestacional

5- Otro SI NO

6- Fecha de diagnóstico dd mm aaaa

7- ¿Con que frecuencia consulta al paciente? _____

Favor de explicar:

