

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:

D. TRATAMIENTO INDICADO:

- 1- Control dietético SI NO 2- Modificación del estilo de vida SI NO
- 3- Hipoglicemiantes orales SI NO 3a- Dosis SI NO
- 3b- Frecuencia SI NO 3b- Frecuencia SI NO
- 4- Insulina SI NO 4a- Tipo de insulina SI NO
- 4b- Dosis SI NO

E. HOSPITALIZACIONES:

- 1- Ha sido hospitalizado por diabetes o sus complicaciones? SI NO
- 2- Modificación del estilo de vida | |
dd mm aaaa
- Diagnostico: _____

F. OTRO DOCTOR:

- 1- Ha consultado a otro doctor? SI NO Nombre del doctor: _____
- 2- Especialidad: _____ 3- Fecha: | |
dd mm aaaa
- 4- Motivo: _____

G. COMPLICACIONES:

- 1- Insuficiencia renal? SI NO 2- Transtornos de la retina? SI NO
- 3- Transtornos cardíacos o enfermedad vascular periférica? SI NO
- 4- Hipoglucemia? SI NO 5- Neuropatía periférica? SI NO
- 6- Infecciones de la piel? SI NO 7- Otro, explique _____

Favor de explicar todas las respuestas afirmativas:

