

## CUESTIONARIO DE DIABETES

SEGUROS SURA, S. A. RNC 1-01-00834-2

Este cuestionario debe ser llenado en su totalidad por el médico tratante de la condición.

### DATOS DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Primer Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento

Estatura (Pies y Pulgadas)	Peso (Libras)
----------------------------	---------------

Este cuestionario debe ser llenado en su totalidad por el médico tratante de la condición.

Diagnóstico / Tipo Diabetes	Fecha
-----------------------------	-------

Síntomas

### TRATAMIENTO

Dieta

Insulina

Medicamento Oral

Ha padecido o padece el paciente de alguna de las siguientes complicaciones:

- Retinopatía
- Neuropatía
- Nefropatía
- Claudicación intermitente
- Problemas en la piel
- Enfermedades del corazón
- Otras complicaciones

Existen antecedentes como fumador. En caso afirmativo indique la cantidad y fecha.

Favor anexas resultados de las siguientes pruebas: Glucosa en ayunas, Hemoglobina glicosilada, Colesterol total, Triglicéridos, LDL, HDL, Creatinina.  
Orina: Sangre, Azúcar y Albúmina.

Pronóstico

Información Adicional

Fecha

Nombre del Médico

Firma y sello