

Best Meridian International Insurance Company SPC

CUESTIONARIO DE DIABETES

(A ser completado por el médico del paciente)

MEDICO DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

ASEGURADO PROPUESTO:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Ocupación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Estatura: _____ Peso: _____

INFORMACION MEDICA:

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? _____

2. ¿Cuándo fue diagnosticada y tratada por primera vez la Diabetes Mellitus y qué procedimientos para diagnóstico fueron utilizados?
Por favor, indique fechas y resultados

3. ¿Qué tratamiento fue prescrito? (Si dieta solamente, por favor describa la naturaleza de la dieta).

Si fue tratamiento oral, por favor informe el medicamento y la dosis _____

Si fue insulina, por favor informe el tipo y la dosis

4. Alguna vez le ha sido cambiado el tratamiento? (Si la respuesta es positiva, por favor dé detalles)

5. Con qué frecuencia usted controla la Diabetes Mellitus al paciente?

6. Cómo controla el paciente su condición?

7. Ha tenido el paciente alguna vez coma diabética o insulínica? (Si la respuesta es positiva, favor informar el tratamiento prescrito y el nombre del hospital donde fue tratado).

8. Favor indique los resultados de los últimos dos años y dentro de los últimos tres meses de los niveles de:

Azúcar en sangre en ayunas: _____

Azúcar en sangre dos horas después de una carga de glucosa: _____

• Acetonuria: _____

• Glicosuria: _____

• Microalbuminuria: _____

- Peso: _____
- Cambios Fundoscópicos de la retina: _____
- Presión Arterial: _____
- Pulsaciones por minuto: _____

Por favor clasifique el tipo de Diabetes _____

9. Indique la fecha y los resultados del último Electrocardiograma (en reposos y/o de Esfuerzo "Stress Test") y radiografía del tórax

10. Existe la presencia de factores de riesgo o posibles complicaciones futuras? Si es afirmativo, por favor suministre detalles

11. Hay historia familiar positiva de diabetes mellitus, enfermedades coronarias, cerebro vascular o enfermedad arterial periférica? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.

12. Conoce de cualquier otra dolencia diagnosticada y/o tratada en el pasado o presente, tales como Hipertensión Arterial, Enfermedad Arterial Coronaria, Enfermedad Cerebro vascular o Arterial Periférica, Nefropatía Diabética, Retinopatía Diabética, Neuropatía Diabética Autónoma, etc.? _____ Si es afirmativo, por favor suministre detalles

13. Es el paciente fumador? _____ Si es afirmativo, por favor indique desde cuándo y cuántos cigarrillos por día. Si el paciente no es fumador pero lo fue, indique hace cuánto tiempo y cantidad de cigarrillos que fumaba por día.

14. ¿Cuál es el promedio de ingestión de bebidas alcohólicas del paciente?

Firma del Médico

Fecha