

CUESTIONARIO DE DIABETES Y OTROS TRASTORNOS METABÓLICOS DE LA GLUCOSA



Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial.
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA		

2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada

Fecha de la primera consulta	Síntomas
DD / MM / AA	
Tipo de diabetes	Diagnóstico

¿Está el paciente bajo tratamiento? Si responde "Sí", por favor proporcione detalles. Sí No

Dieta	Insulina
Medicamento oral (nombre/dosis)	Combinación (explique)

¿Ha sufrido el paciente alguna de las siguientes complicaciones? Si responde "Sí", por favor explique.

Condición	Fecha del primer síntoma	Severidad	Frecuencia
Retinopatía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Neuropatía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Nefropatía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Claudicación intermitente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Problemas de la piel <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Otras complicaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Ingresos al hospital <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		

Por favor proporcione la siguiente información

Fecha		Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies		Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb	
-------	--	---	--	--	--

Valores de pruebas de sangre realizados en los últimos 6 meses

Glucosa en ayunas	Hemoglobina glicosilada	Colesterol total	Triglicéridos
LDL	HDL	Relación	Creatinina

Resultado de muestras proporcionadas durante los últimos 6 meses

Orina	Sangre	Azúcar	Albúmina

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Sí No Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE)

Prueba	Fecha	Resultado
Aclaramiento de creatinina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Proteinuria de 24 horas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Tolerancia a la glucosa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Otra <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Antecedentes como fumador	Otros comentarios	
Cantidad por día <input type="text"/>	Por cuántos años <input type="text"/>	

Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? Sí No Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo.

Nombre del médico	Teléfono
Tratamiento ambulatorio	
Hospital	Teléfono
Tratamiento en el hospital	

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre	
Dirección	
Teléfono	Fax
Correo electrónico	
Firma	Fecha DD / MM / AA