

# 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 primeros síntomas	DD / MM / AA	Fecha del diagnostico	DD / MM / AA
----------------------------	--------------	-----------------------	--------------

Tipo de diabetes:  Diabetes Tipo 1 (Insulino Dependiente)  Diabetes tipo 2 (No insulino Dependiente)  Diabetes Gestacional

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

Dieta	Especificar tipo de Insulina y Unidades
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	Condición		Fecha del primer síntoma
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	Claudicación intermitente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA
Macroangiopatía/ Microangiopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	Problemas de la piel (Xantomatosis Eruptiva, Ulceras, dermatopatía diabética, Necrobiosis lipoidica etc)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA
Retinopatía	<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
Neuropatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	Otras complicaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA
Nefropatía	<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	DD / MM / AA	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 (incluya el reporte del laboratorio):

Glucosa en ayunas	Hemoglobina glicosilada	Colesterol total	Triglicéridos
LDL	HDL	BUN (Relacion Urea/Creatinina)	Creatinina

Resultado de Examen General de Orina no mayor a 6 meses (Incluya el reporte de laboratorio):

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? 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	
Microalbuminuria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	

### 3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

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