

CUESTIONARIO DE DIABETES Y OTROS TRASTORNOS METABÓLICOS DE LA GLUCOSA

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

Código:

R.A.:APS/DS/N°1324/2020



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	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:			
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? 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	Por cuántos años		

Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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