



SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA CUESTIONARIO DE DIABETES

(A ser completado por el médico del paciente)

MÉDICO DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

ASEGURADO PROPUESTO:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Ocupación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Estatura: _____ Peso _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? _____
2. ¿Cuándo fue diagnosticada y tratada por primera vez la diabetes y/o 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 y/o 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 (2) años y dentro de los últimos tres (3) 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 reposo 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 y/o 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

NOTA: El presente cuestionario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con Resolución No SBS-INSP-2005-175 del 03 de mayo de 2005.