

ASISTENCIA MEDICA CUESTIONARIO DE DIABETES

(A SER COMPLETADO POR EL MEDICO DEL PACIENTE)



NOMBRE DEL PACIENTE:

1

1.A NOMBRE: _____

1.B DIRECCION: _____

1.C NUMERO DE TELEFONO: _____

AFILIADO PROPUESTO:

2

2.A NOMBRE: _____

2.B DIRECCION: _____

2.C NUMERO DE TELEFONO: _____ 2.D OCUPACION: _____

2.E FECHA DE NACIMIENTO: _____ 2.F SEXO: _____

2.G ESTATURA: _____ 2.H PESO: _____

INFORMACION MEDICA:

3

3.A ¿DESDE CUANDO CONOCE Y/O TRATA AL PACIENTE? _____

3.B ¿CUANDO LE FUE DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ LA DIABETES MELLITUS Y QUE PROCEDIMIENTOS PARA DIAGNOSTICOS FUERON UTILIZADOS? POR FAVOR INDIQUE FECHAS Y RESULTADOS.

3.C ¿QUE 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.

3.D ¿ALGUNA VEZ LE HA SIDO CAMBIADO EL TRATAMIENTO? (SI LA RESPUESTA ES POSITIVA, INFORME DETALLES)

3.E ¿CON QUE FRECUENCIA USTED CONTROLA LA LA DIABETES MELLITUS AL PACIENTE?

3.F ¿COMO CONTROLA AL PACIENTE SU CONDICION?

3.G ¿HA TENIDO EL PACIENTE ALGUNA VEZ COMA DIABETICA O INSULINICA? (SI LA RESPUESTA ES POSITIVA, INFORMAR EL TRATAMIENTO PRESCRITO Y EL NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE FUE TRATADO)

3.H FAVOR INDIQUE LOS RESULTADOS DE LOS ULTIMOS DOS AÑOS Y DENTRO DE LOS ULTIMOS TRES MESES, DE LOS NIVELES DE:

AZUCAR EN SANGRE EN AYUNAS _____

AZUCAR EN SANGRE DOS HORAS DESPUES DE UNA CARGA DE GLUCOSA _____

ACETONURIA _____

GLICOSURIA _____

MICROALBUMINURIA _____

PESO _____

CAMBIOS FUNDOSCOPICOS DE LA RETINA _____

PRESION ARTERIAL _____

PULSACIONES POR MINUTO _____

POR FAVOR CLASIFIQUE EL TIPO DE DIABETES _____

3.I INDIQUE LA FECHA Y LOS RESULTADOS DEL ULTIMO ELECTROCARDIOGRAMA (EN REPOSO Y/O DE ESFUERZO "STRESS TEST") Y RADIOGRAFIA DEL TORAX.

3.J ¿EXISTE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO O POSIBLES COMPLICACIONES FUTURAS? SI ES AFIRMATIVO, SUMINISTRE DETALLES.

3.K ¿HAY HISTORIA FAMILIAR POSITIVA DE DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES CORONARIAS, CEREBROVASCULARES O ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA? SI ES AFIRMATIVO, SUMINISTRE DETALLES.

3.L ¿CONOCE DE CUALQUIER OTRA DOLENCIA DIAGNOSTICADA Y/O TRATADA EN EL PASADO O PRESENTE, TALES COMO HIPERTENSION ARTERIAL, ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA, ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR O ARTERIAL PERIFERICA. NEFROPATIA, NEFROPATIA DIABETICA, RETINOPATIA DIABETICA, NEUROPATIA DIABETICA AUTONOMA, ETC.? SI ES AFIRMATIVO, SUMINISTRE DETALLES.

3.M ¿ES EL PACIENTE FUMADOR? SI ES AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE DESDE CUANDO Y CUANTOS CIGARRILLOS PÓR DIA. SI EL PACIENTE NO ES FUMADOR PERO LO FUE, INDIQUE HACE CUANTO TIEMPO Y LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS QUE FUMABA POR DIA.

3.N ¿CUAL ES EL PROMEDIO DE INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DEL PACIENTE?

FIRMA DEL MEDICO _____ FECHA _____