

# Cuestionario de Diabetes

Para ser completado por el médico tratante

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_  KG  LB \_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_  M  PIES  SÍ  NO FUMADOR

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE DEL MÉDICO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO

Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico de diabetes y procedimientos para el diagnóstico. Indique resultados \_\_\_\_\_

Tratamiento que ha recibido y recibe actualmente \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia controla la diabetes su paciente? \_\_\_\_\_

Presión Arterial \_\_\_\_\_ Resultado de Fondo de Ojo \_\_\_\_\_

### Enviar copia del siguiente examen: (realizado en los últimos doce (12) meses máximo)

- Electrocardiograma (incluir trazados y reporte del médico)

### Enviar copia de los siguientes resultados: (realizados en los últimos tres (3) meses máximo)

- Glicemia
- Colesterol incluyendo valores de HDL y LDL
- Triglicéridos
- Urea/Creatina
- Parcial de Orina (detalle presencia de proteínas, sangre y azúcares)

### Proporcionar resultados de A1C Glicosilada por los últimos doce (12) meses:

FECHA (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

RESULTADO \_\_\_\_\_

**¿Conoce otros diagnósticos y/o complicaciones presentes en la historia médica de su paciente?  
tales como:**

Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
		FECHA (MM/DD/AAAA)	DETALLE
Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
		FECHA (MM/DD/AAAA)	DETALLE
Enfermedad carotídea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
		FECHA (MM/DD/AAAA)	DETALLE
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
		FECHA (MM/DD/AAAA)	DETALLE
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
		FECHA (MM/DD/AAAA)	DETALLE
Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
		FECHA (MM/DD/AAAA)	DETALLE
Neuropatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
		FECHA (MM/DD/AAAA)	DETALLE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA (MM/DD/AAAA)

## INSTRUCCIONES PARA EL CUESTIONARIO DE DIABETES

El formulario de Diabetes ha sido desarrollado para facilitar la información requerida y evaluar el panorama de riesgo de forma precisa y eficaz. Adicionalmente también es usado para las personas consideradas Pre-Diabéticas o que presenten otra alteración en el metabolismo de los glúcidos.

El formulario de Diabetes debe ser completado por el médico tratante del aplicante.