DIABETES

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

1 Información del Paciente

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento :
_____/_____/_____
Mes Día Año

2 Diagnóstico

1) ¿Cuándo fue diagnosticada la enfermedad, y cuáles son los síntomas?

Fecha de la primera consulta a causa de esta enfermedad: _____/_____/_____
Mes Día Año

Síntomas: _____

Diagnóstico: _____

2) En caso de haber referido al paciente a otro especialista u hospital, o de tener conocimiento de tratamientos efectuados por terceras partes, por favor complete lo siguiente:

Tratamiento ambulatorio: _____

Nombre del médico tratante: _____
Apellido Nombre Inicial

Teléfono del médico tratante:
(_____) _____ - _____

Nombre del hospital: _____

Teléfono del hospital:
(_____) _____ - _____

Tratamiento hospitalario: _____

3) Tipo de diabetes:

4) ¿Está el paciente bajo tratamiento? ❍ Sí ❍ No

Si respondió "Sí", por favor proporcione detalles del tratamiento, y el nombre y dosis de todos los medicamentos:

❍ Dieta ❍ Insulina _____

❍ Medicamento oral (nombre y dosis) _____ ❍ Combinación (explique) _____

Por favor continúe en la siguiente página.

5) ¿Ha padecido el paciente alguna de las siguientes complicaciones? Si respondió "Sí", por favor indique la fecha del primer síntoma, la severidad y frecuencia:

Retinopatía	❍ No	❍ Sí	_____
Neuropatía	❍ No	❍ Sí	_____
Nefropatía	❍ No	❍ Sí	_____
Claudicación intermitente	❍ No	❍ Sí	_____
Problemas de la piel	❍ No	❍ Sí	_____
Enfermedades del corazón	❍ No	❍ Sí	_____
Otras complicaciones	❍ No	❍ Sí	_____

6) Por favor indique el resultado de los siguientes exámenes:

Estatura _____ Peso _____

❍ m ❍ pies ❍ kg ❍ lb

Fecha del examen: _____/_____/_____ (Mes / Día / Año)

Glucosa en ayunas _____ Hemoglobina glicosilada _____ Colesterol total _____

Triglicéridos _____ LDL _____ HDL _____ Creatinina _____ Relación _____

Resultado de análisis de: Orina _____ Sangre _____ Azúcar _____ Albúmina _____

7) Otros comentarios:

_____

_____

8) Antecedentes como fumador:

Cantidad por día _____ Por cuántos años: _____

3 Información del Médico Tratante

Nombre: _____
(Apellido / Nombre / Inicial)

Dirección: _____

_____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Número de fax: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Firma del Médico Tratante

Fecha: _____/_____/_____ (Mes / Día / Año)