

## Para ser llenado completamente por el médico tratante

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional

### Rogamos contestar todas las preguntas y proporcionar toda la información solicitada.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del médico  Cédula profesional

Dirección del médico  Teléfono

Diagnóstico

Fecha del diagnóstico  Fecha de la última consulta

Talla  Mts. Peso  Kgs.

Presión arterial  /  mm Hg  Tratada  No tratada Fecha

Determinaciones (2 últimos exámenes)		Resultado	Fecha	Resultado	Fecha
Glucemia	En ayunas		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
	Post-prandial (2hrs.)		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
Hemoglobina glicosilada HbA1c			<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
Fructosamina			<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
Examen general de orina			<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
Glucosuria			<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
Microalbuminuria			<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
Proteinuria			<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
Acetonuria			<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>

	Si	No	
Valores de glucemia superior a 140 mg / dl en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detalles <input type="text"/>
Bajo tratamiento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desde <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
Diabetes controlada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desde <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
<b>Tratamiento</b>			
Hipoglucemiantes orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descripción <input type="text"/> Dosis <input type="text"/> Desde <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descripción <input type="text"/> Dosis <input type="text"/> Desde <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>
Otros medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descripción <input type="text"/> Dosis <input type="text"/> Desde <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAAA"/>

**\*ECG**

	Si	No			
Reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fondo de ojo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grado	<input type="text"/>	

**Existen signos o síntomas de:**

Retinopatía proliferativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	<input type="text"/>	
Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	<input type="text"/>	
Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	<input type="text"/>	
Enfermedad de las arterias periféricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	<input type="text"/>	
Nefropatía diabética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	<input type="text"/>	
Proteinuria inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	<input type="text"/>	
Neuropatía diabética autónoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	<input type="text"/>	
Neuropatía diabética periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Invalidante	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Antecedentes de coma cetoacidótico o hiperosmolar no cetósico (coma diabético)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos?	<input type="text"/>	Último <input type="text"/>

Enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular o periférica antes de los 60 años en la historia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Hermanos <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

¿Fuma o fumaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de Inicio	<input type="text"/>	Fecha en que dejó de hacerlo	<input type="text"/>
			Número de cigarrillos al día	<input type="text"/>		

Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol total	<input type="text"/>	mg / dl
			<input type="checkbox"/>	Fracción C-HDL	<input type="text"/>	mg / dl
			<input type="checkbox"/>	Fracción C-LDL	<input type="text"/>	mg / dl
			<input type="checkbox"/>	Triglicéridos	<input type="text"/>	mg / dl
			<input type="checkbox"/>	Tratamiento	<input type="text"/>	
			Desde	<input type="text"/>		

Consumo diario de Alcohol (ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vino <input type="text"/>	Cerveza <input type="text"/>	Aperitivos <input type="text"/>	Licores <input type="text"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------	------------------------------	---------------------------------	------------------------------

Síndrome X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------

Sí no sigue tratamiento mediante insulina en la actualidad (diabetes tipo 2) ¿podría precisar si hay motivos que puedan hacer necesaria su instauración?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante

Fechado en  el  de  de

**\*IMPORTANTE:** Se ruega proporcionar cualquier examen anormal realizado, así como los últimos trazados cardiográficos y las curvas de tolerancia a la glucosa (PTG) efectuados.