

CUESTIONARIO DE DIABETES

SE RUEGA AL MEDICO COMPLETAR DETALLADAMENTE CON LAS FECHAS Y ACLARACIONES CORRESPONDIENTES

Datos de su Paciente

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
R.U.T.	Fecha de Nacimiento	

DIAGNOSTICO

Fecha de diagnóstico	Fecha de la última consulta
/ /	/ /

Determinaciones (2 últimos exámenes)

1° Examen

2° Examen

	Tasa	Fecha	Tasa	Fecha
Glicemia En ayunas		/ /		/ /
Post-prandial (2horas)		/ /		/ /
Hemoglobina HbA IC		/ /		/ /
Glucosuria Antes de las comidas		/ /		/ /
Después de las comidas		/ /		/ /
Proteinuria		/ /		/ /
Acetonuria		/ /		/ /

¿En el transcurso de los últimos 6 meses apareció alguna vez una tasa de glicemia superior a 250 mg/dl?

☐ Si	☐ No	Fecha	Observaciones
Bajo tratamiento médico		Diabetes controlada	
☐ Si	☐ No	Desde	☐ Si ☐ No Desde

Tratamiento

Antidiabéticos orales	Tratamiento mediante insulina en la actualidad
☐ Si ☐ No Cuál Desde / /	☐ Si ☐ No Cantidad Desde / /
Otros medicamentos (Favor indicar: Cuáles, motivo y desde que fecha)	

	SI	NO	Observaciones	Fecha(s)
ECG Reposo	☐	☐	☐ normal ☐ anormal	/ /
Esfuerzo	☐	☐	☐ normal ☐ anormal	/ /
Existen signos o síntomas de:				Fecha(s)
Enfermedad coronaria	☐	☐		/ /
Enfermedad cerebrovascular	☐	☐		/ /
Enfermedad de las arterias periféricas	☐	☐		/ /
Proteinuria	☐	☐		/ /
Nefropatía diabética	☐	☐	Insuficiencia Renal ☐ si ☐ no	/ /
Polineuropatía	☐	☐	☐ Sensitiva ☐ Motora ☐ Mixta	/ /
Retinopatía Diabética	☐	☐	Proliferativa ☐ si ☐ no	/ /

¿Antecedentes de cetoacidosis recidivante, como, cetoacidótico o hiperosmolar/no cetótico?			
☐ Si	☐ No	Cuántos:	El último el: / /
¿Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica antes de los 60 años?			
☐ Si	☐ No	☐ Padre	☐ Madre ☐ hermano(s) ☐ hermana(s)
¿Fumador?			
☐ Si	☐ No	Cuántos cigarrillos diarios:	
Si no sigue tratamiento con insulina en la actualidad (diabetes tipo 2) ¿existen motivos que puedan hacer necesaria su instauración?			
☐ Si	☐ No	Cuáles:	Desde cuándo: / /

Estatura	Peso	Presión arterial	En tratamiento
		/	☐ Si ☐ No Fecha: / /

Antecedentes del Médico Tratante

Nombre del Médico	R.U.T.	RCM.
	—	
Especialidad	Teléfono consulta	

***Importante:** Se ruega proporcionar cualquier examen anormal realizado así como los últimos trazados electrocardiograficos y las curvas de tolerancia a la glucosa (CTG) efectuadas.

Firma del Médico

Fecha: / /
Día Mes Año