



### Cuestionario sobre Diabetes

A ser completado por el médico tratante

Nombre del Médico tratante: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del paciente:
Fecha de nacimiento:

**Diagnóstico (tipo de diabetes):** \_\_\_\_\_  
 Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha del último control: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Por favor, completar indicando fecha y resultados de los análisis de orina y sangre**

Análisis de Orina	Azúcar	Proteínas	Hallazgos Microscópicos
Fecha: 1°			
2°			
3°			

Análisis de Sangre	Glucosa en Ayunas	Hemoglobina Glucosidada (HbA1C)
Fecha: 1°		
2°		
3°		

Niveles de Glicemia > a 250 mg%  Si  No Fecha: \_\_\_\_\_  
 Diabetes tratada  Si  No Desde: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha presentado coma diabético o hipoglicemia aguda en los últimos 3 años?  Si  No  
 En caso afirmativo, detallar: \_\_\_\_\_

**Medicación**

Hipoglicemiantes orales  Si  No Desde: \_\_\_\_\_  
 Insulina  Si  No Desde: \_\_\_\_\_ Dosis diaria: \_\_\_\_\_  
 ⇨ Suministrada vía S.C o bomba  Si  No  
 Otros medicamentos Desde: \_\_\_\_\_  
 Detalles: \_\_\_\_\_

**Exámenes**

ECG en Reposo  Si  No  Normal  Anormal Fecha: \_\_\_\_\_  
 ECG de Esfuerzo  Si  No  Normal  Anormal Fecha: \_\_\_\_\_  
 Fondo de Ojo  Si  No  Normal  Anormal Fecha: \_\_\_\_\_  
 RX de Tórax  Si  No  Normal  Anormal Fecha: \_\_\_\_\_  
 Otros exámenes: Detalles: \_\_\_\_\_  
 ⇨ En caso de examen anormal, por favor especificar: \_\_\_\_\_

**Anomalías asociadas o síntomas de**

Retinopatía  Si  No Tipo: \_\_\_\_\_  
 Cardiopatías  Si  No Detalles: \_\_\_\_\_  
 HTA  Si  No Tratada  Cifras: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ACV  Si  No Detalles: \_\_\_\_\_  
 Nefropatía  Si  No Cifras: \_\_\_\_\_  
 Microalbuminuria  Si  No  
 Neuropatía  Si  No Tipo de neuropatía: \_\_\_\_\_  
 Enf. vascular periférica  Si  No Detalles: \_\_\_\_\_  
 Amputación / Gangrena  Si  No

Tabaquismo actual  Si  No Ex fumador:  Si  No  
 Consumo diario de cigarrillos: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

¿Hubo en la familia casos de diabetes, nefropatía, enfermedad coronaria, arterial periférica o cerebrovascular antes de los 62 años?  Si  No En caso afirmativo, detallar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Médico Tratante: \_\_\_\_\_