CUESTIONARIO DE DIABETES Y OTROS TRASTORNOS METABÓLICOS DE LA GLUCOSA

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

Bupa

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA		

2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de primeros síntomas	DD / MM / AA	Fecha del diagnostico	DD / MM / AA

Tipo de diabetes: ☐ Diabetes Tipo 1 (Insulino Dependiente) ☐ Diabetes tipo 2 (No insulino Dependiente) ☐ Diabetes Gestacional

¿Está el paciente bajo tratamiento? Si responde "Sí", por favor proporcione detalles: ☐ Sí ☐ No

Dieta	Especificar tipo de Insulina y Unidades

Medicamento oral (nombre/dosis)	Combinación (EXPLIQUE)

¿Ha sufrido el paciente alguna de las siguientes complicaciones? Si responde "Sí", por favor explique:

Condición		Fecha del primer síntoma	Condición		Fecha del primer síntoma
Glaucoma	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	Claudicación intermitente	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA
Macroangiopatía/ Microangiopatía	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	Problemas de la piel (Xantomatosis Eruptiva, Ulceras, dermatopatia diabetica, Necrobiosis lipoidica etc)	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA
Retinopatía	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	Enfermedades del corazón	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA
Neuropatía	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	Otras complicaciones	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA
Nefropatía	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	Ingresos al hospital	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA

Por favor proporcione la siguiente información:

Fecha	DD / MM / AA	Estatura ☐ M ☐ Pies		Peso ☐ Kg ☐ Lb	

Valores de pruebas de sangre realizados en los últimos 6 meses (incluya el reporte del laboratorio):

Glucosa en ayunas	Hemoglobina glicosilada	Colesterol total	Triglicéridos
LDL	HDL	BUN (Relacion Urea/Creatinina)	Creatinina

Resultado de Examen General de Orina no mayor a 6 meses (Incluya el reporte de laboratorio):			
¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE)			
Prueba		Fecha	Resultado
Aclaramiento de creatinina	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Proteinuria de 24 horas	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Tolerancia a la glucosa	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Microalbuminuria	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	
Otra	☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Firma		Fecha	DD / MM / AA