

CUESTIONARIO DE DIABETES Y OTROS TRASTORNOS METABÓLICOS DE LA GLUCOSA

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



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 la primera consulta	Síntomas
DD / MM / AA	
Tipo de diabetes	Diagnóstico

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

Dieta	Insulina
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	Severidad	Frecuencia
Retinopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Neuropatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Nefropatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Claudicación intermitente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Otras complicaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Ingresos al hospital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		

Por favor proporcione la siguiente información:

Fecha	DD / MM / AA	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies		Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb	
-------	--------------	---	--	--	--

Valores de pruebas de sangre realizados en los últimos 6 meses:			
Glucosa en ayunas	Hemoglobina glicosilada	Colesterol total	Triglicéridos
LDL	HDL	Relación	Creatinina
Resultado de muestras proporcionadas durante los últimos 6 meses:			
Orina	Sangre	Azúcar	Albúmina

¿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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Proteinuria de 24 horas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Tolerancia a la glucosa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Antecedentes como fumador		Otros comentarios	
Cantidad por día	Por cuántos años		

Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo:			
Nombre del médico		Teléfono	
Tratamiento ambulatorio			
Hospital		Teléfono	
Tratamiento en el hospital			

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Firma		Fecha	DD / MM / AA

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

5ª Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala PBX: 2300-8000 • www.bupalud.com/MiBupa