

NOMBRE Y APELLIDO _____

TIPO Y NRO DE DOCUMENTO _____

PROP / PÓLIZA REF. N° _____

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

Si No

Fecha: _____

Diabetes tratada Si No

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

Si No

Desde: _____

Insulina Si No

Si No

Desde: _____

Dosis diaria: _____

⇒ Suministrada vía S.C o bomba Si No

Si No

Desde: _____

Otros medicamentos

Detalles: _____

Exámenes

ECG en Reposo Si No

Si No

Normal Anormal

Fecha: _____

ECG de Esfuerzo Si No

Si No

Normal Anormal

Fecha: _____

Fondo de Ojo Si No

Si No

Normal Anormal

Fecha: _____

RX de Tórax Si No

Si No

Normal Anormal

Fecha: _____

Otros exámenes:

Detalles: _____

⇒ En caso de examen anormal, por favor especificar: _____

Anomalías asociadas o síntomas de

Retinopatía Si No

Si No

Tipo: _____

Cardiopatías Si No

Si No

Detalles: _____

HTA Si No

Si No

Tratada

Cifras: _____ / _____

Nefropatía Si No

Si No

Cifras: _____

Microalbuminuria Si No

Si No

Tipo de neuropatía: _____

Neuropatía Si No

Si No

Tabaquismo actual Si No

Si No

Ex fumador: Si No

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: _____

Favor de completar con Sello - Dirección y Teléfono del Médico tratante

V° B° Asesoría Médica

Observaciones

Fecha: / / .