

# Cuestionario sobre DIABETES

Para ser contestado por **Médico que trata al solicitante**

ASEGURABLE:

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 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nefropatía  Si  No Cifras: \_\_\_\_\_  
 Microalbuminuria  Si  No Tipo de neuropatía: \_\_\_\_\_  
 Neuropatía  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: \_\_\_\_\_

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

<p><b>V° B° Asesoría Médica</b></p> <p>Fecha: / / .</p>	<p><b>Observaciones</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---