

## CUESTIONARIO PARA DIABETICOS - PARTE I

PARA SER COMPLETADA POR EL PROPUESTO ASEGURADO		
NOMBRE DEL PROPUESTO ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/YY)
DIRECCION	CODIGO POSTAL / CIUDAD / PAIS	NUMERO DE TELEFONO, FAX O EMAIL

NOMBRE DEL MEDICO QUE LE DIAGNOSTICO DIABETES POR PRIMERA VEZ		FECHA DEL PRIMER DIAGNOSTICO / /	
DIRECCION	CIUDAD	PAIS	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE LO TRATA ACTUALMENTE POR DIABETES		FECHA DEL ULTIMO TRATAMIENTO / /	
DIRECCION	CIUDAD	PAIS	CODIGO POSTAL
¿ESTAS SIGUIENDO UNA DIETA ESPECIAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CONSUMO DIARIO DE CALORIAS	¿ESTÁ TOMANDO INSULINA U OTRO MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

	INSULINA	UNIDADES	TIEMPO	HORA	DOSIS
A.M.					
MEDIODIA					
P.M.					

¿HA SUFRIDO ALGUNA VEZ UN COMA DIABETICO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DIGA CUANTAS VECES	FECHA(S)
¿SE HACE UD. ANALISIS REGULARES DE AZUCAR EN LA ORINA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DIGA LAS FECHAS DE LOS DOS ULTIMOS	
¿TIENE LA ORINA LIBRE DE AZUCAR EN EL ULTIMO EXAMEN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿CUALES FUERON LOS RESULTADOS DEL ANALISIS?	
¿TIENE LA ORINA USUALMENTE LIBRE DE AZUCAR CUANDO LA ANALIZA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUANTO PESA UD. ACTUALMENTE? Kg./Lbs	¿CUANTO PESABA UD. HACE DOS AÑOS? Kg./Lbs.
¿HA TENIDO UD.:		
Infecciones tales como furúnculos, amigdalitis o dientes infectados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión alta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad en la visión o trastornos de la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones o de las vías urinarias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de pecho, problemas del corazón de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alguna enfermedad recurrente o prolongada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿LE HA SIDO VERIFICADA LA PRESENCIA DE AZUCAR EN LA SANGRE POR UN MEDICO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INDIQUE LOS ULTIMOS RESULTADOS EN EL CUADRO SIGUIENTE	
FECHA / /	<input type="checkbox"/> En ayunas <input type="checkbox"/> Después de comidas Mgs.	FECHA / /
¿LE HAN HECHO UN ELECTROCARDIOGRAMA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA / /	MEDICO
¿LE HAN HECHO RADIOGRAFIA DE TORAX? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA / /	MEDICO

FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO <b>X</b>	FECHA DIA MES AÑO / /
---	--------------------------

## CUESTIONARIO PARA DIABETICOS - PARTE II

### PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

NOMBRE DEL MEDICO	DIRECCION	CIUDAD
PAIS	TELEFONO	FAX / E-MAIL
<b>CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS</b>		
1. ¿CONSIDERA UD. A ESE PACIENTE COMO DIABETICO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	FECHA EN QUE FUE DIAGNOSTICADO
2. ¿HA CAMBIADO DE PESO EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	PESO HACE DOS AÑOS Kg.                      Kg.	PESO HACE CINCO AÑOS
3. ¿ESTA EL PACIENTE SIGUIENDO ALGUNA DIETA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
4. ¿ESTA EL PACIENTE RECIBIENDO INSULINICO U OTRO AGENTE HIPOGLICEMICO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIPO	
DOSIS ACTUAL Unidades	DOSIS HACE UN AÑO Unidades	DOSIS HACE DOS AÑOS Unidades
5. ¿FUE ESTE PACIENTE ALGUNA VEZ TRATADO POR ACIDOS DIABETICA O REACCION INSULINICA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
DE FECHAS Y DETALLES		
6. SE LE HA HECHO UN ELECTROCARDIOGRAMA? (SI ESTA DISPONIBLE, ¿PODRIA FACILITARNOSLO? SE LO DEVOLVEREMOS A LA BREVEDAD POSIBLE) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿QUIEN SE LO HIZO?	FECHA	¿RESULTADOS?
7. ¿SE HA TOMADO UNA RADIOGRAFIA DE TORAX? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿QUIEN SE LO HIZO?	FECHA	¿RESULTADOS?
8. SE LE HA HECHO UNA PRUEBA DE GLICOHEMOGLOBINA RECIENTEMENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	¿RESULTADOS?
9. HAY HISTORIA CLINICA PRESENTE O PASADA DE: (a) ¿ENFERMEDAD CARDIACA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
(b) ¿ENFERMEDAD RENAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
(c) ¿ALGUNA ENFERMEDAD PROLONGADA O RECURRENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
(d) ¿INFECCIONES (TUMORES, DIENTES INFECTADOS, AMIGDALITIS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
(e) TUBERCULOSIS PULMONAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
10. ¿LA ORINA EN AYUNAS ESTA LIBRE DE AZUCAR Y ACETONA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
11. ¿HAY ALGUN CAMBIO EN EL EXAMEN FUNDUSCOPICO DE LA RETINA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
12. ¿EXISTEN PULSACIONES EN LA TIBIAL POSTERIOR Y EN LA ARTERIA DORSAL DEL PIE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
13. ¿EXISTE ALGUNA ANORMALIDAD NEUROLOGICA O SENSORAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
14. NIVELES MAS RECIENTES DE AZUCAR EN LA SANGRE. (EN AYUNAS)	Mgs.	FECHA(S)
15. NIVELES MAS ALTOS DE PRESION SANGUINEA REGISTRADOS		FECHA(S)
16. ¿EL PACIENTE LO VISITA CON REGULARIDAD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
17. ¿EL PACIENTE SIGUE SUS RECOMENDACIONES CONSISTENTEMENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EXPLIQUE	
18. FECHA DE LA ULTIMA VISITA    DIA    MES    AÑO /           /	19. INFORMACION ADICIONAL	
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO <b>X</b>		FECHA    DIA    MES    AÑO /           /