

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 / / <input type="checkbox"/> En ayunas <input type="checkbox"/> Después de comidas
¿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 X	FECHA DIA MES AÑO / /
---	--------------------------

