

FAVOR COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

1 de 2

## Sección I. Datos del paciente

1. Apellidos:		2. Nombres:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
3. Fecha de nacimiento:	4. Sexo:	5. Estatura:	6. Peso:	
<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="Masculino"/> <input type="text" value="Femenino"/>	<input type="text" value="Metros"/> <input type="text" value="Pies"/>	<input type="text" value="Kilos"/> <input type="text" value="Libras"/>	
7. ¿Fumador?:	8. Cigarrillos por día:	9. ¿Desde cuándo?:	10. ¿Hasta cuándo?:	11. Estilo de vida:
<input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="Sedentario"/> <input type="text" value="Semiactivo"/> <input type="text" value="Activo"/>

## Sección II. Tipos de padecimiento







## 7. DETALLES DEL FONDO DE OJO

8. Fecha de diagnóstico:

  /   /    

9. Frecuencia de las consultas:

## Sección III. Tratamiento

  
  

## 3. HIPOGLICEMIANTE ORALES

 

4. Medicamento:

5. Dosis:

6. Frecuencia:

## 7. INSULINA

 

8. Tipo de insulina:

9. Dosis:

10. Frecuencia:

## Sección IV. ¿Ha estado el paciente hospitalizado por diabetes o sus complicaciones?

1.   2. Fecha:
  /   /    

3. Diagnóstico:

4. Información adicional que usted pueda proveer concerniente a factores de riesgos, enfermedades o consultas con otros médicos o especialistas:

**Sección V. ¿Ha tenido el paciente alguna de las siguientes complicaciones?**

1. Insuficiencia renal	Sí	No	2. Desórdenes de las retinas	Sí	No	3. Desórdenes cardíacos	Sí	No
4. Hipertensión arterial	Sí	No	5. Enfermedad vascular periférica	Sí	No	6. Neuropatía periférica	Sí	No
7. Infecciones de la piel	Sí	No	8. Hipoglicemia	Sí	No	9. Cetoacidosis	Sí	No
						10. Coma diabético	Sí	No

11. Por favor explicar las respuestas contestadas de manera afirmativa:

**Sección VI. Resultados de exámenes** efectuados en los últimos 6 meses

1. Glucosa en ayunas:	2. Hemoglobina glicosilada:	3. Colesterol total:	4. HDL:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. LDL:	6. Triglicéridos:	7. Creatinina:	8. Examen de orina:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Sección VII. Información** del médico tratante

1. Apellidos:	2. Nombres:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Dirección:	4. Correo electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Teléfono de la oficina:	6. Teléfono celular:
+ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Firma y sello del profesional:	8. Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>