

## 1. MÉDICO DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres Completos

Dirección:

Número de teléfono:

### 1.1 ASEGURADO PROPUESTO

Apellidos y Nombres Completos

Sexo

- Masculino  
 Femenino

Fecha de Nacimiento

Mes      Día      Año

Edad

Dirección

Ocupación

Número de teléfono

Estatura

Mts. / Cms.

Pies / Pulgadas

Peso

Kgs.

Lbs.

## 2. INFORMACIÓN MÉDICA

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente?

2. ¿Cuándo fue diagnosticada y tratada por primera vez la Diabetes Mellitus y qué procedimientos para diagnóstico fueron utilizados? Por favor, indique fechas y resultados.

Mes      Día      Año      Resultados

Procedimientos

3. ¿Qué tratamiento fue prescrito? (Si dieta solamente, por favor describa la naturaleza de la dieta).

Si fue tratamiento oral, por favor informe el medicamento y la dosis

Medicamento

Dosis

Si fue tratamiento insulina, por favor informe el medicamento y la dosis

Medicamento

Dosis

4. ¿Alguna vez le ha sido cambiado el tratamiento? (Si la respuesta es positiva, por favor dé detalles)

- Afirmativo  
 Negativo

5. ¿Con qué frecuencia usted controla la Diabetes Mellitus al paciente?

6. ¿Cómo controla el paciente su condición?

7. ¿Ha tenido el paciente alguna vez coma diabética o insulínica? (Si la respuesta es positiva, favor informar el tratamiento prescrito y el nombre del hospital donde fue tratado).

- Afirmativo
- Negativo

8. Favor indique los resultados de los últimos dos años y dentro de los últimos tres meses de los niveles de:  
Azúcar en sangre en ayunas

Azúcar en sangre dos horas después de una carga de glucosa

Acetonuria

Glicosuria

Microalbuminuria

Cambios Fundoscópicos de la retina

Peso                      Kgs.                  Lbs.                  Pulsaciones por minuto                  Presión arterial                  Clasifique el tipo de Diabetes

9. Indique la fecha y los resultados del último Electrocardiograma (en reposos y/o de Esfuerzo "Stress Test") y radiografía del tórax

Resultados electrocardiograma

Mes

Día

Año

Resultados radiografía de tórax

Mes

Día

Año

10. ¿Existe la presencia de factores de riesgos o posibles complicaciones futuras? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.

- Afirmativo
- Negativo

11. ¿Hay historia familiar positiva de Diabetes Mellitus, enfermedades coronarias, cerebro vascular o enfermedad arterial periférica? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.

- Afirmativo
- Negativo

12. ¿Conoce de cualquier otra dolencia diagnosticada y/o tratada en el pasado o presente, tales como Hipertensión Arterial, Enfermedad Arterial Coronaria, Enfermedad Cerebro vascular o Arterial Periférica, Nefropatía Diabética, Retinopatía Diabética, Neuropatía Diabética Autónoma, etc? Si es afirmativo, por favor suministre detalles

- Hipertensión Arterial                   Enfermedad Cerebro vascular                   Nefropatía Diabética                   Nefropatía Diabética Autónoma
- Enfermedad Arterial Coronaria                   Enfermedad Arterial Periférica                   Retinopatía Diabética

13. ¿Es el paciente fumador? Si es afirmativo, por favor indique desde cuándo y cuántos cigarrillos consume por día.  
Si el paciente no es fumador pero lo fué, indique cuánto tiempo hace que dejó de fumar y la cantidad de cigarrillos que fumaba al día.

Afirmativo      Cantidad de cigarrillos diarios      Mes      Día      Año

Negativo

14. ¿Cuál es el promedio de ingesta semanal de bebidas alcohólicas del paciente?

[Empty signature box]      [Empty date box]

Firma del Médico Tratante

Fecha