

Apellidos:.....
 Nombres:.....
 Fecha de Nacimiento:...../...../.....

(Firma y Sello del Médico)

Se agradecerá completar detalladamente el cuestionario con las fechas y aclaraciones correspondientes.

DIAGNOSTICO:
 Fecha del diagnóstico:..... Fecha de la última consulta:.....

DETERMINACIONES (2 últimos exámenes)	TASA	FECHA	TASA	FECHA
GLUCEMIA - en ayunas				
- postprandial (2 horas)				
HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbA₁C)				
GLUCOSURIA				
PROTEINURIA				
CETONURIA				

	SI NO	Observaciones	Fechas
En el transcurso de los últimos 6 meses apareció alguna vez una tasa de glucemia superior a 16.7 mmol/l (300mg/dl)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Bajo tratamiento médico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Desde _____
Diabetes controlada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Desde _____
Tratamiento No Farmacológico - dieta y actividad física: cumple?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tratamiento Farmacológico - antidiabéticos orales (Biguanidas, SU, -DPP4, etc.) - insulina en la actualidad - agonistas GLP1 y otros medicamentos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____ motivo _____ _____ _____	
ECG* - reposo - esfuerzo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal* <input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal*	
Fondo de ojo normal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	grado _____	
Existen signos o síntomas de: - cataratas - enfermedad coronaria - enfermedad cerebrovascular - enfermedad vascular periférica - nefropatía diabética - proteinuria inexplicable - neuropatía diabética	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____ _____ _____ _____ _____ _____	
¿Antecedentes de cetoacidosis diabética, coma cetoacidótico o hiperosmolar/no cetótico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cuántos? _____ el último el _____	
¿Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica antes de los 60 años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> hermano(s) <input type="checkbox"/> hermana(s)	
Fumador	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarrillos/cantidad diaria _____	
Si no recibe tratamiento con insulina en la actualidad ¿podría precisar si hay motivos que puedan hacer necesaria su instauración?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____ _____ ¿Desde cuándo? _____	
Antecedentes de hipoglucemias (leve, moderada o severa)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
 Presión arterial: _____/_____ En tratamiento: **SI / NO** Fecha: _____

***IMPORTANTE:** Se agradecerá proporcionar cualquier examen anormal realizado, así como los últimos trazados electrocardiográficos y la última HbA₁C.

LUGAR Y FECHA: _____ N° de teléfono / celular del Médico: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: _____