



Informe de Diabetes



SOCIEDAD MILITAR "SEGURO DE VIDA"
Institución Mutualista

Matrícula N°:

Relacionado con Declaración Jurada de Salud de fecha / /

Cuestionario 1-F

Apellidos:.....

Nombres:.....

Fecha de Nacimiento:...../...../.....

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 (HbA _{1c})				
GLUCOSURIA				
PROTEINURIA				
CETONURIA				

	SI	NO	Observaciones	Fechas
En el transcurso de los últimos 6 meses apareció alguna vez un valor de glucemia superior a 300mg/dl	☐	☐		
Bajo tratamiento médico	☐	☐	Desde	
Diabetes controlada	☐	☐	Desde	
Tratamiento No Farmacológico - Dieta y actividad física: cumple?	☐	☐		
Tratamiento Farmacológico - Antidiabéticos orales (Biguanidas, SU, -DPP4, etc.)	☐	☐	¿Cuál? Motivo	
- Insulina en la actualidad	☐	☐		
- Agonistas GLP1 y otros medicamentos	☐	☐		
ECG* - Reposo	☐	☐	☐ Normal* ☐ Anormal*	
- Esfuerzo	☐	☐	☐ Normal* ☐ Anormal*	
Fondo de ojo normal	☐	☐	Grado	

	SI	NO	Observaciones	Fechas
Existen signos o síntomas de: - Cataratas - Enfermedad coronaria - Enfermedad cerebrovascular - Enfermedad vascular periférica - Nefropatía diabética - Proteinuria - Neuropatía diabética	☐	☐	¿Cuáles? _____	
¿Antecedentes de cetoacidosis diabética, coma cetoacidótico o hiperosmolar/no cetótico?	☐	☐	¿Cuántos? _____ El último el _____	
¿Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica antes de los 60 años?	☐	☐	☐ Padre ☐ Madre ☐ Hermano (s) ☐ Hermana (s)	
Fumador Si no recibe tratamiento con insulina en la actualidad ¿podría precisar si hay motivos que puedan hacer necesaria su instauración? i no recibe tratamiento con insulina en la actualidad ¿podría precisar si hay motivos que puedan hacer necesaria su instauración?	☐	☐	☐ Cigarrillos/Cantidad Diaria _____ ☐ ¿Cuáles? _____ ¿Desde Cuándo? _____	
Antecedentes de hipoglucemias (leve, moderada o severa)	☐	☐	_____	
Otras patologías	☐	☐	¿Cuáles? _____	

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

*IMPORTANTE: Se agradecerá proporcionar los últimos trazados electrocardiográficos realizados.	
Nº de teléfono / celular del Médico:	
Fecha: / /	
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE	