

Asegurado propuesto _____

Fecha de nacimiento _____

Numero de identificación _____

1. ¿Cuándo se diagnosticó la diabetes originalmente? _____ Nivel de azúcar sanguíneo: _____
2. Bajo su cuidado desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha)
3. ¿Es la diabetes difícil de controlar? No Sí
Si la respuesta es sí, sírvase explicar: _____
4. ¿Ha sido recetado algún medicamento por vía oral? No Sí
a. ¿Clase de medicamento? _____ b. ¿Dosis? _____
5. ¿Se ha usado insulina en el tratamiento? No Sí
a. ¿Qué tipo(s)? _____ b. Total de unidades por día: _____
6. ¿Hay alguna diferencia entre el tratamiento actual y el de hace dos años? No Sí
Si la respuesta es afirmativa, sírvase explicar cómo: _____
7. Fecha de la última consulta: _____ (fecha). En esa fecha, ¿cuál era:
a. La estatura _____ b. El peso _____ c. La presión sanguínea _____ / _____
d. La presión sanguínea más alta fue de: _____ / _____ en: _____ (fecha)
e. ¿Alguna vez ha requerido tratamiento para la presión sanguínea? No Sí
Si la respuesta es afirmativa, sírvase indicar los medicamentos y la dosis _____
Fechas de tratamiento: De _____ (fecha) hasta _____ (fecha)
f. ¿Con qué frecuencia le han hecho análisis de: Nivel de azúcar sanguíneo _____
HbA1c _____ Orina _____
g. Nivel de azúcar sanguíneo más reciente fue el: día _____ de _____ de 20____ Ayuna Otro
h. Nivel más reciente de glicohemoglobina fue el día: _____ de _____ de 20____ Ayuna Otro
8. ¿Existe alguna prueba o récord de: Enfermedades cardíacas Retinitis Cambios en ECG
 Enfermedades vasculares Enfermedades renales
Sírvase especificar los detalles de los resultados positivos: _____
9. ¿Ha tenido alguna hospitalización debido a complicaciones diabéticas? _____
Fechas, nombres y direcciones de hospitales: _____
10. ¿Por cuáles otras enfermedades ha sido tratado(a) el/la paciente? _____
11. ¿Qué otros médicos han sido consultados? _____
12. Comentarios: _____

Fecha _____ Firmado _____, M.D. N° de identificación: _____