

## CUESTIONARIO DE DIÁBETES

Para ser llenado por el Médico Tratante

### Forma parte integrante de la Solicitud presentada por:

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)):

SUMA ASEGURADA SOLICITADA:

1.- ¿Cuánto tiempo hace que está tratando a este paciente? Desde \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
mes año mes año

2.- Fecha en que se hizo el diagnóstico de la enfermedad: \_\_\_\_\_

3.- ¿Se presenta el paciente con regularidad a su consultorio y sigue sus instrucciones? \_\_\_\_\_

SI ☐ NO ☐ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Resultados de los últimos análisis de laboratorio. Peso \_\_\_\_\_ Talla (estatura) \_\_\_\_\_

Glicemia

Fecha:

Mgr/dL

Fecha:

Mgr/dL

Fecha:

Mgr/dL

Glucosuria

Fecha:

Mgr/dL

Fecha:

Mgr/dL

Fecha:

Mgr/dL

Presión arterial

Fecha:

Mgr/dL

Fecha:

Mgr/dL

Fecha:

Mgr/dL

4.- ¿Cuál es la dieta y la dosis de insulina o medicamentos que le ha prescrito?

DIETA

INSULINA Y/O

MEDICAMENTOS ORALES

Carbohidratos \_\_\_\_\_ gms. Tipo \_\_\_\_\_ Clase \_\_\_\_\_

Proteínas \_\_\_\_\_ gms. Total de unidades por día \_\_\_\_\_ Tabletas por día \_\_\_\_\_

Grasas \_\_\_\_\_ gms. ¿Ninguna? \_\_\_\_\_ ¿Ninguna? \_\_\_\_\_

¿Se hace el paciente pruebas de glucosa en su casa con un glucómetro? SI ☐ NO ☐

¿Cuál es la lectura media de azúcar en sangre? \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio regular? SI ☐ NO ☐

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Sigue el paciente juiciosamente todas las indicaciones que usted le da sobre dieta, insulina o se sale del tratamiento indicado o aún hace cambios sin consultar con usted? \_\_\_\_\_

¿Ha sido necesario aumentar la dosis de insulina o del medicamento si que el paciente aumente la dieta? \_\_\_\_\_

5.- ¿Qué niveles ha alcanzado el azúcar en la sangre y en la orina en los últimos dos años?

AZUCAR EN LA SANGRE \_\_\_\_\_ AZUCAR EN LA ORINA \_\_\_\_\_

- 6.- ¿Tiene o ha tenido infecciones retenidas? \_\_\_\_\_ ¿Hipertensión? \_\_\_\_\_ ¿Enfermedad renal? \_\_\_\_\_  
¿Trastornos circulatorios? \_\_\_\_\_ ¿Afección cardíaca? \_\_\_\_\_ ¿Ha ganado o perdido peso? \_\_\_\_\_  
¿Coma diabético? \_\_\_\_\_ ¿Ritinitis? \_\_\_\_\_ ¿Arterioesclerosis? \_\_\_\_\_  
¿Shock o reacciones Insulinas o Hepoglicémicas frecuentes? \_\_\_\_\_ ¿Albumina en la orina? \_\_\_\_\_  
¿Anormalidades del ECG? \_\_\_\_\_ ¿Otras enfermedades? \_\_\_\_\_
- 7.- ¿Se le ha practicado electrocardiograma a este paciente? \_\_\_\_\_

Si fuera posible, le agradeceríamos que nos la enviara para nuestro estudio, con carácter devolutivo; si no es posible, anótelos, por favor, los resultados en el No. 8.

- 8.- Sírvasse emplear el siguiente espacio para dar más detalles sobre las preguntas anteriores y hacer comentarios sobre la manera como el paciente se comporta ante su enfermedad.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

El suscrito declara que las anteriores respuestas son verídicas y autoriza la verificación de las mismas por parte de la Compañía. Aceptando que cualquier falsedad anula la protección de este riesgo en su póliza de vida.

---

LUGAR Y FECHA

---

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE