



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Cuestionario Diabetes**

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS  
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección del médico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.  
Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_  
 Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Tratada  No Tratada  
 Fecha: \_\_\_\_\_

Determinaciones (2 últimos exámenes)	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha
Glucemia en ayunas				
post-prandial (2 horas)				
Hemoglobina glicosilada HbA <sub>1c</sub>				
Fructosamina				
Glucosuria en ayunas				
post-prandial				
Microalbuminuria / Proteinuria				
Acetonuria				

	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
Valores de glucemia superiores a 15,4 mmol/l (279 mg/100 ml) en los últimos 6 meses	<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 _____
<b>Tratamiento</b>			descripción: _____ dosis _____	
Antidiabéticos orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	desde _____
Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	desde _____
Otros medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	desde _____
			¿motivo? _____	
ECG*				
- reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal*	_____
- esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal*	_____



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Cuestionario Diabetes**

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS  
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

	No	Sí	Detalles		Fecha(s)
Fondo de ojo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	grado _____		_____
Existen signos o síntomas de:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuáles?		
Retinopatía proliferativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____
Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____
Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____
Enfermedad de las arterias periféricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____
Nefropatía diabética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____
Proteinuria inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____
Neuropatía diabética autónoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____
Neuropatía diabética periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	invalidante _____		_____
Antecedentes de cetoacidosis recidivante, coma cetoacidótico o hiperosmolar no cetósico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuántos? _____ ¿último? _____		_____
Enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular o periférica antes de los 60 años en la historia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> hermanos o hermanas		
Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cigarrillos número/día <input type="checkbox"/> pipa/puro		
Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Colesterol total _____ mg/% <input type="checkbox"/> Fracción C-HDL _____ mg/% <input type="checkbox"/> Triglicéridos _____ mg/% <input type="checkbox"/> Tratamiento _____ desde _____ desde _____ desde		
Síndrome X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Consumo diario de alcohol (en ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vino _____ <input type="checkbox"/> cerveza _____ <input type="checkbox"/> bebidas alcohólicas		
Si no sigue tratamiento mediante insulina en la actualidad (diabetes tipo 2) ¿podría precisar si hay motivos que puedan hacer necesaria su instauración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuáles? _____ _____ _____ _____		

**\* IMPORTANTE: se ruega proporcionar cualquier examen anormal realizado así como los últimos trazados electrocardiográficos y las curvas de tolerancia a la glucosa (PTG) efectuadas.**

FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: