

CUESTIONARIO DE DIABETES

(Para ser llenado por el médico tratante. Se solicita completar detalladamente el cuestionario con las fechas y aclaraciones correspondientes)

Esta información forma parte integral de la solicitud de seguro y debe ser contestado con información real y actualizada a la fecha en que sea contestado:

DATOS GENERALES

Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante Fecha de nacimiento
dd / mm / aaaa

R.F.C. (con homoclave) Ocupación actual Sexo Fem. Masc.

1. Fecha en que empezó usted a atenderlo

2. Diagnóstico Diabetes mellitus Tipo II (no insulodependiente) Diabetes mellitus Tipo I (insulodependiente)

Otro tipo de Diabetes

Fecha de diagnóstico dd / mm / aaaa Fecha última consulta dd / mm / aaaa

Glicemia Fecha dd / mm / aaaa Fecha dd / mm / aaaa Fecha dd / mm / aaaa

Mgs. % Mgs. % Mgs. %

Hemoglobina Glucosilada Fecha dd / mm / aaaa Resultado

Examen General de Orina Fecha dd / mm / aaaa Resultado

Química Sanguínea Fecha dd / mm / aaaa Resultado

Otros resultados (especificar cuáles) Fecha dd / mm / aaaa Resultado

3. Tensión Arterial Fecha dd / mm / aaaa Fecha dd / mm / aaaa Fecha dd / mm / aaaa

Sist. Diast. Sist. Diast. Sist. Diast.

Estudio de fondo de ojo Si No En caso afirmativo Fecha dd / mm / aaaa

Resultado

4. Tratamiento instituido

5. Sigue el paciente su dieta y tratamiento con fidelidad

6. El control de la Diabetes es Bueno Regular Malo

7. Ha presentado complicaciones Si No En caso afirmativo ¿Cuáles?

8. ¿Se ha visto modificado el peso del paciente en el último año?

Si No Aumento Disminución No. de kilos

9. ¿Existe cualquier otro factor de riesgo?

- Obesidad Grado
- Sedentarismo
- Hipertensión arterial Tipo
- Hiperlipidemia Colesterol Triglicéridos HDL
- Fumador actual No. de cigarrillos y frecuencia
- Ingesta de alcohol Cantidad y frecuencia
- Antecedentes heredo familiares de Diabetes Mellitus Parentesco Padecimiento

De acuerdo a la LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

Lugar y fecha

Nombre, No. de cédula y firma del MÉDICO TRATANTE*

*Si cuenta con cédula de especialidad, favor de indicar