

Nombre del Médico: _____

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____	
NOMBRE DEL PACIENTE:	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Adulto acompañante:	Vínculo con el paciente:
¿Tiene inquietudes o consultas que quisiera discutir hoy?	
¿A qué escuela asistió y cuál fue su último año? ¿Cómo le gusta pasar su tiempo libre? (Deportes, Música, Lectura, Arte, Videojuegos)	
¿Cuántas veces en un mes falta a la escuela debido a un evento relacionado con la diabetes?	
¿Cómo se siente cuando tiene un nivel de azúcar en sangre BAJO? Marque con un círculo todos sus síntomas y/o escriba otros	¿Cómo se siente cuando tiene un nivel de azúcar en sangre ALTO? Marque con un círculo todos sus síntomas y/o escriba otros
Nivel de azúcar en sangre bajo (hipoglucemia) Cambios de humor bruscos Hambriento Débil o cansado Dolor de cabeza Nervioso o alterado Tembloroso Sudoroso Mareado	Muy sediento Con necesidad de orinar más frecuente que de costumbre Muy hambriento Somnolento Nivel de azúcar en sangre alto (hipoglucemia) Visión borrosa Débil o cansado Dolor de cabeza Nervioso o alterado
¿Qué tratamiento utiliza?	¿Qué hace cuando su nivel de azúcar en sangre es alto?
¿Lleva con usted alguna forma de tratamiento? No Sí	
¿Cuándo lleva una identificación de alerta médica? Nunca Algunas veces Solo cuando voy en automóvil Solo cuando realizo deportes Siempre	
¿Qué Insulina de Acción Rápida utiliza? Novolog Humalog Apidra	
Cuéntenos como es su rutina diaria:	

	Comida	Horario	Relación de insulina a carbohidratos	Factor de corrección (ej.: - 1 unidad / 50pt > 150)	¿Cuántas unidades totales comprende un día usual?
Desayuno					
Almuerzo					
Cena					
¿Colaciones?					

¿Qué Insulina de Acción Prolongada utiliza? Lantus Levemir NPH
¿Cuál es su dosis? _____ ¿A qué hora la toma? _____

Complete ambos lados de este cuestionario, ya que nos ayuda a brindarle un mejor servicio. Gracias.

Identificación del Paciente Si la etiqueta no está disponible, complete: Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____ Historia Clínica N.º _____	<p style="text-align: right;">Para Uso exclusivo del Consultorio</p> Intenté que el paciente (o el representante) firmaran este Reconocimiento, pero no lo hicieron, debido a que: <input type="checkbox"/> Fue un tratamiento de urgencia <input type="checkbox"/> No me pude comunicar con el paciente <input type="checkbox"/> El paciente se negó a firmar <input type="checkbox"/> El paciente no pudo firmar porque <input type="checkbox"/> Otro (indique la razón) _____ Firma _____
---	---

INYECCIONES	
¿Qué método utiliza?	Jeringa Pluma de insulina
Si utiliza una pluma de insulina, ¿cuál es el largo de la aguja?	Nano: verde Mínima: púrpura Corta: azul
¿Qué sitios utiliza?	Brazos Piernas Abdomen Nalgas
¿A veces sale insulina del sitio donde se inyectó?	No Sí
¿Siente dolor con las inyecciones?	No Sí
¿Quién le aplica las inyecciones de insulina?	Yo mismo Padres Enfermera Hermano Otro

BOMBA DE INSULINA	
¿Qué marca de bomba de insulina utiliza?	Animas Medtronic OmniPod T Slim Otra _____
¿Por cuánto tiempo ha tenido la bomba de insulina actual?	
¿Sabe cómo cargar la información de la bomba en casa?	No Sí
¿Sabe utilizar las opciones avanzadas?	No Sí
Sitios de colocación de bomba de insulina	
¿Qué equipo de infusión utiliza? (mencione el nombre)	
¿Qué sitios utiliza?	Brazos Piernas Abdomen Nalgas
¿Con cuánta frecuencia cambia de sitio?	Cada 2 días Cada 3 días Otro _____
¿Siente dolor al realizar la inserción?	No Sí
¿Quién realiza la inserción?	Yo mismo Padres Enfermera Hermano Otro

MEDIDOR CONTINUO DE GLUCOSA (CGM)	
Si no utiliza un MCG, ¿le interesa recibir información al respecto?	No Sí
Si utiliza un CGM, ¿cuál es? (indíquelo con un círculo)	DexCom Animas Vibe T Slim G4 Medtronic Enlite
¿Sabe cómo cargar la información de la bomba en casa?	No Sí
¿Sabe cómo "compartir" información?	No Sí

Desde su última visita:	En caso afirmativo, especifique	
¿Ha experimentado nuevas enfermedades, operaciones o internaciones?	No Sí	
¿Le hicieron análisis de sangre, radiografías, ultrasonido, tomografía computada o resonancia magnética?	No Sí	
¿Ha cambiado algún medicamento, incluidos los de venta sin receta?	No Sí	
¿Se ha enterado que algún pariente tiene una nueva enfermedad crónica?	No Sí	
¿Ha experimentado algún cambio importante en el hogar, la escuela, el trabajo, o en la situación personal o la salud (por ejemplo, en su dieta, ejercicio, consumo de tabaco, consumo de alcohol)?	No Sí	
Desde su última visita ha experimentado algún cambio en los síntomas:	En caso afirmativo, especifique	
Fiebre, fatiga, siente mucho calor o mucho frío la mayor parte del tiempo	No Sí	
Pérdida de peso, aumento de peso, mucha sed	No Sí	
Ojos / visión (visión borrosa o doble, lagrimeo, hinchazón)	No Sí	
Oídos, nariz, boca, garganta (hinchazón, sensibilidad, dificultad para tragar, incapaz de detectar olores, ronquidos, infecciones de oído frecuentes, problemas de audición)	No Sí	
Corazón (dolor de pecho, palpitaciones)	No Sí	
Pulmones (dificultad respiratoria, tos)	No Sí	
Digestión (estreñimiento, diarrea, dolor abdominal, vómitos)	No Sí	
Sistema urinario (dolor al orinar, micción frecuente, enuresis nocturna)	No Sí	
Músculos, articulaciones (dolores, calambres, dolor al caminar)	No Sí	
Piel, uñas y cabello (sequedad, uñas quebradizas, pérdida de cabello)	No Sí	
Neurológico (Dolor de cabeza, entumecimiento, debilidad, mareos)	No Sí	
Emocional (Depresión, desórdenes del sueño, dificultad para concentrarse, ansiedad)	No Sí	
Reproductivo (cambio en el ciclo menstrual, olores corporales, vello púbico/axilar temprano, edad de la primera menstruación y fecha de la última, si corresponde)	No Sí	