

## DIABETES ASSOICATE MEDICAL GROUP

Nombre paciente:

La fecha del Nacimiento:

**Síntomas-describe y rodea la respuesta correcta:**

- Fecha o el año de diagnóstico de la diabetes -----
- El año comenzó en píldoras orales de diabetes -----
- El año comenzó en la insulín -----
- ¿Qué es su usual A1c? -----
- ¿Ha tenido usted ketoacidosis de diabético? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted mellitus de diabetes de gestacional? -----¿Sí/no?
- ¿Qué es su fecha de vencimiento (si embarazada)? -----
- ¿Cuántas semanas embarazadas son usted? -----
- ¿Tuvo usted una historia pasada de mellitus de diabetes de gestacional? -----¿Sí/no?
- ¿Tratado con hace dieta/insulina? -----
- ¿Tiene usted micción frecuente? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted sed de abnomal? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted el hambre constante? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted pérdida de peso inexplicada? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted aumento de peso inexplicado? -----¿Sí/no?
- ¿Se engorda usted constantemente para ninguna indulgencia de razón como alimento? ¿Sí/no?
- ¿Ha tenido usted complicaciones conocidas debido a la diabetes? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted insuficiencia cardíaca congestiva? -----¿Sí/no?
- ¿Ha tenido usted un infarto? -----¿Sí/no?
- ¿El año? -----
- ¿Ha tenido usted angina? -----¿Sí/no?
- ¿Ha tenido usted un golpe? -----¿Sí/no?
- ¿El año? -----
- ¿Ha afectado la diabetes los riñones? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted insuficiencia renal? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted proteína en la orina? -----¿Sí/no?
- ¿Cuántos años ha estado usted en el diálisis? -----
- ¿Qué año fue su primer trasplante de riñón? -----
- ¿Qué año fue su segundo trasplante de riñón? -----
- ¿Tiene usted visión enturbiada? -----¿Sí/no?
- ¿Ve usted coloró aureolas alrededor de luces? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted problemas de piel? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted el entumecimiento o sentir hormigueo de las pies/manos? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted problemas de pie? -----¿Sí/no?
- ¿Ha tenido usted una amputación? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted quemando dolor de las pies/manos? -----¿Sí/no?
- ¿Tiene usted calambres de pierna cuando usted anda? -----¿Sí/no?



¿Tiene usted calambres de pierna cuando su dormido? -----¿Sí/no?  
¿Toma usted esteroides? -----¿Sí/no?  
¿Tiene usted fatiga inexplicada? -----¿Sí/no?  
¿Tiene usted problemas eréctil/sexuales? -----¿Sí/no?  
¿Ejercita usted regularmente? -----¿Sí/no?  
Si eso es el caso, qué tipo de ejercicio y para cuánto tiempo y cuántas veces una semana -----  
-----  
-----

¿Tiene usted dolor de pecho o angina? -----¿Sí/no?  
¿Qué clase de dieta sigue usted? -----¿Sí/no?  
¿Ha ido usted para una clase de la diabetes? -----¿Sí/no?  
¿Quiere usted ir para clases de educación de diabetes? -----¿Sí/no?  
¿Cuántas calorías come acerca de usted en un día? -----  
¿Fácilmente es dado náuseas usted? -----¿Sí/no?  
¿Vomita usted después de comer? -----¿Sí/no?  
¿Vomita usted después de comer? -----¿Sí/no?  
¿Tiene usted síntomas de nivel de azúcar en la sangre bajo? -----¿Sí/no?  
¿Qué síntomas de nivel de azúcar en la sangre bajo tiene usted? -----  
-----  
-----

¿No le hace experiencia más larga los síntomas tempranos de advertencia de azúcar bajo?  
¿Sí/no?  
¿Ha tenido usted una toma debido a nivel de azúcar en la sangre bajo? -----¿Sí/no?  
¿Ha perdido el conocimiento usted debido a nivel de azúcar en la sangre bajo? -----¿Sí/no?  
¿Cuándo estuvo su última reacción hipoglucémica severa durante que usted requirió ayuda de otra persona a traer su glucosa arriba y cuántas veces por año hace esto sucede? -----  
-----  
-----

¿Le verifica usted azúcares de sangre con un metro de glucosa? -----¿Sí/no?  
¿Cómo se llama el metro de glucosa que usted utiliza? -----  
¿Cuántas veces un día verifica usted sus azúcares de sangre? -----  
¿Con qué frecuencia consigue usted una lectura menos de 60 mg/dl? -----  
¿Con qué frecuencia consigue usted una lectura encima de que 200 mg/dl? -----  
¿Cuán bajo tiene la lectura que ser antes que usted pueda sentirse que su azúcar es bajo? -----  
¿Qué es la lectura más baja que usted ha tenido recientemente al sentir perfectamente multa? ----  
¿Tiene usted pesadillas frecuentes? -----¿Sí/no?  
¿Tiene usted sudores de noche que empapan? -----¿Sí/no?  
¿Cuán frecuente le hace tiene reacciones bajas de azúcar? -----¿Sí/no?  
¿Tiene su licencia de conductores para ser suspendido debido a pérdida del conocimiento?  
¿Sí/no?





¿Qué año empezó usted utilizar una bomba de insulina? -----

¿Qué es su tasa elemental de Insulina para los tiempos diferentes del día? -----

Qué es su proporción de carbohidrato para los tiempos diferentes del día -----

Qué es su factor correcto para los tiempos diferentes del día -----

¿Qué pharmacy utiliza usted? -----

¿Qué es su número de teléfono de pharmacy? -----

¿Qué es su número de fax de pharmacy? -----

¿Está usted en un plan de prescripción de venta por correo? -----¿Sí/no?

¿Quiere usted discutir la banda gástrica de cirugía de bypass/laparotomía? -----¿Sí/no?

¿Quiere usted discutir dieta de Medifast para la pérdida de peso? -----¿Sí/no?

¿Desea usted el consejo en suplementos? -----¿Sí/no?