

REPORTE DEL MÉDICO

Fecha: _____

Nombre del asegurado propuesto:		Fecha de nacimiento:					
Ocupación:		Altura: mts. ____ cms. ____	Peso: ____ kgs.	Peso hace dos años: ____ kgs.			
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS		SI	NO	DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS			
1. ¿Considera usted al paciente un diabético?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suave <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Severo <input type="checkbox"/>	Fecha del primer diagnóstico:
2. ¿Ha cambiado en peso en los últimos cinco años?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peso hace dos años:		Peso hace cinco años:	
3. ¿Está el paciente a dieta actualmente?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteína: ____ grms.	Grasa: ____ grms.	Carbohidratos: ____ grms.	
4. ¿Está el paciente tomando o ha tomado insulina u otra droga hipoglicémica alguna vez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo:	Dosificación presente:		Unidades:
				Dosificación hace un año:		Dosificación hace dos años:	
5. ¿Han tratado al paciente alguna vez por acidosis diabética o reacción a la insulina?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas y detalles:			
6. ¿Le han hecho un electrocardiograma? (si disponible, ¿podemos prestarlo? Lo devolveremos rápidamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por quién?	Fecha:	¿Fue normal?	
7. ¿Le han tomado radiografías del tórax?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por quién?	Fecha:	¿Fue normal?	
8. Existe alguna evidencia actual o pasada de:				Explique:			
a) enfermedades del corazón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b) enfermedades renales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c) cualquier enfermedad que se ha repetido o prolongado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d) infecciones (diviesos, dientes, amígdalas)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
e) tuberculosis pulmonar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Examen de tolerancia glucosa o glicohemoglobina A1C reciente:							
10. Presión arterial más alta registrada:							
11. ¿Visita el paciente a usted regularmente?		12. ¿Sigue el paciente sus instrucciones consistentemente?			13. Fecha de la última consulta:		
14. ¿Existe alguna anomalía neurológica o sensorial?							
15. Observaciones:							

Firma y sello médico tratante

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-57-872004420-11032021 el 11-03-2021.