

Establecimiento		Nº H.C.		Nº de Ficha	

Datos del paciente

Ap. Paterno		Ap. Materno		Nombres	

Número DNI	Teléfono de contacto	Celular del paciente

Dirección actual

Tiene un Seguro de salud?

1. Si

2. No

Tipo de seguro de salud

1 SIS	11 ESSALUD Regular-Trabajador dependiente	16 Afiliado a la Caja del Pescador
6 FF.AA/PNP	12 ESSALUD Regular-Trabajadora del hogar	17 ESSALUD regular-pensionista
7 Privado Prepago	13 ESSALUD regular -trabajador de construc civil	18 Seguro Agrario
8 Privado Autoseguro	14 ESSALUD regular-trabajador portuario	19 ESSALUD-Seguro potestativo
9 Privado Seguro de Asistencia	15 ESSALUD Regular-pescador artesanal independiente	20 essalud + Vida
10 OTRO		21 ESSALUD + Protección SCTR

Fecha de Control:

Tiempo de enfermedad

 años
 meses

Peso corporal

 Kg.

Talla

 m.

Perímetro de cintura

 cm.

PA sistólica

 mm Hg

PA diastólica

 mm Hg

Número de consultas por diabetes (últimos 12 meses)

meses)

Exámenes bioquímicos durante el Control:

Glicemia (ayunas)

 mg/dL

Glicemia Post Prandial

 mg/dL

TTG (2 horas)

 mg/dL

Hemoglobina Glicosilada

 %

Microalbuminuria

 mg/24 horas

Proteinuria (24 h)

 mg/24 horas

Creatinina sérica

 mg/dL

LDL

 mg/dL

Col. Total

 mg/dL

Triglicéridos

 mg/dL

HDL

 mg/dL

Estado del caso al momento del control

o 1 Controlado / Estable

o 2 Complicado

o 3 Muerto

o 4 Descompensado

Comorbilidad al momento del Control del caso

(marque una o mas)

o Hipertensión arterial

o Enf. Tiroidea

o Obesidad

o Tuberculosis

o Dislipidemia

o Fuma actualmente

o Anemia

o Cáncer

o Hígado graso

o Tipo de cáncer

o Otra

Complicaciones durante el Control:

El caso fue evaluado?

o No

o Si

o Neuropatía

o Nefropatía diabética

o Retinopatía no proliferativa

o Enf. Isquémica corazón

o Retinopatía proliferativa

o Enf. Cerebrovascular

o Pie diabético (s/amputación)

o Enf. Arterial periférica

o Pie diabético (c/amputación)

o Episodios de hipoglicemia (últimos 6 meses)

Tratamiento

o No medicamentoso

o SI

o NO

Tratamiento Medicamentoso

Tipo de Medicamento (seleccione una o mas)

1 Metformina

2 Sulfonilureas

3 Inhibidores DPP-IV

4 Insulinas Humanas

5 Insulinas análogas

6 Glitazonas

7 Glifozinas

8 Agonistas de receptores GLP 1

9 Otros

Tiempo que esta en tratamiento

 años
 meses

Recibió Educación en Diabetes

o SI

o NO

Cumplimiento del tratamiento

1 Cumple

2 No cumple

Médico tratante

CMP:

Profesional que completó la Ficha

Colegio:

OBSERVACIONES