

Datos Personales

(Datos para ser completados por el médico)

Agente	
Nombre:	
Apellido:	
Fecha de Nacimiento:	
Edad:	
Tipo Doc.: (LE – LC - DNI)(0)	
Nro. Doc. :	
Nro. Teléfono. :	

Abuelo materno	(Si - No)
Abuela materna	(Si - No)
Abuelo paterno	(Si - No)
Abuela paterna	(Si - No)
Tíos maternos	(Si - No)
Tíos paternos	(Si - No)
Hermanos	(Si - No)

Marcar con un "0" La opción correcta

Antecedentes Personales

(Datos para ser completados por el medico)

Valoración Antropométrica	
Peso (kg)	
Talla (cm)	
IMC	
Tiempo que presenta exceso de peso (años)	

Antecedentes de Diabetes	
Madre	(Si - No)
Padre	(Si - No)
Abuelo materno	(Si - No)
Abuela materna	(Si - No)
Abuelo paterno	(Si - No)
Abuela paterna	(Si - No)
Tíos maternos	(Si - No)
Tíos paternos	(Si - No)
Hermanos	(Si - No)

Marcar con un "0" La opción correcta

Comorbilidades	
Insulino Resistencia	(Si - No)
Valores/fecha:	
DBT insulino requirente	(Si - No)
Observaciones:	
Cardiopatía	(Si - No)
Valores/Medicación:	
Artropatías	(Si - No)
¿Cuales?:	
Hipotiroidismo	(Si - No)
Medicación:	
Hipertiroidismo	(Si - No)
Medicación:	
Estudios complementarios:	

Antecedentes de Dislipemias	
Madre	(Si - No)
Padre	(Si - No)
Abuelo materno	(Si - No)
Abuela materna	(Si - No)
Abuelo paterno	(Si - No)
Abuela paterna	(Si - No)
Tíos maternos	(Si - No)
Tíos paternos	(Si - No)
Hermanos	(Si - No)

Firma y Sello de Médico tratante:	
Fecha:	
IPS:	
Fecha:	

Antecedentes Médicos Familiares

(Marcar con un "0" La opción correcta)

Antecedentes de Obesidad	
Madre	(Si - No)
Padre	(Si - No)