

Programa educativo sobre diabetes

Instrucciones: Este cuestionario debe ser completado en los pacientes de la lista certificada por el médico que participa en el Programa de Incentivos de Calidad. El programa educativo de diabetes es para adultos.

Nombre del paciente

Número de contrato de Triple-S

Teléfono del paciente

Nombre del Médico

Número del proveedor

	Sí	No
1. ¿Ha tenido hospitalización asociada a la diabetes en el último año?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Ha tenido más de una visita a sala de emergencia asociada a la diabetes en el último año?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Tiene fallo cardíaco congestivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Tiene angina de pecho o infarto al miocardio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Tiene ataques transitorios isquémicos (TIA) o derrame?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Tiene nivel elevado de creatinina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Tiene nivel alto de proteína en la orina “gross proteinuria”?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Tiene enfermedad periferovascular, úlcera en pie o ha tenido amputación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Tiene retinopatía diabética?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Tiene neuropatía periférica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Tiene neuropatía autonómica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Tiene hemoglobina glicosilada (A1C) >7% en el último año?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Tiene hipercolesterolemia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Tiene hipertensión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Tiene nivel elevado de microalbuminuria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Fuma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Está sobrepeso u obeso (IMC > =25)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Muchas gracias por su participación -