

Folio :

Fecha:

Día

Mes

Año

Expediente N°:

Datos de Identificación del Paciente

1.- Nombre:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

DATOS DEL PACIENTE

2.- Estado:

3.- Jurisdicción:

4.- Municipio:

5.- Fecha de Nacimiento:

Día

Mes

Año

6.- Edad:

aaa

7.- Sexo:

M

F

8.- Ocupación:

Hogar

Pensionado

Trabajador por cuenta propia

Estudiante

Desempleado

Trabajador contratado

9.- Escolaridad:

Sin Escolaridad

Secundaria

Otra

Sabe leer y Escribir

Preparatoria

No Aplica

Menos de 3 años de primaria

Carrera Tecnica

Se Ignora

De 3 a 5 años de primaria

Licenciatura

Primaria

Postgrado

10.- CURP

11. Tipo de paciente

Caso incidente:

Caso prevalente:

RESIDENCIA HABITUAL

12.- Calle y Número:

13.- Colonia:

14.- Estado:

15.- Jurisdicción:

16.- Municipio

17.- Localidad:

DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA

18.- Institución:

19.- Nombre de la Unidad:

20.- Médico Notificante:

21.- Matrícula:

DATOS GENERALES

22.- Fecha de Ingreso al Hospital:

Día

Mes

Año

23.- El paciente llegó al hospital:

Referido

Consulta externa del hospital

Por su cuenta

Pasa a la 24

Pasa a la 25

Pasa a la 25

24.- Fecha de referencia:

Día

Mes

Año

25.- El paciente es derechohabiente de :

IMSS

ISSSTE

PEMEX

SEDENA

SEDEMAR

SEG.POPULA

NINGUNA

26.- Edad a la que se Diagnosticó la Diabetes:

Años

27. Peso actual :

Kilos

gramos

28. Estatura:

Metros

centímetros

ANTECEDENTES

29.- Antecedentes heredofamiliares de diabetes:

Si

No

Desconoce

30.- Sedentarismo:

Si

No

Desconoce

(Se considera sedentarismo cuando la actividad física es menor a 30 min´s 5 días a la semana)

31.- El tratamiento anterior a la hospitalización para el control de la glucemia fue:

No farmacológico

Tiazolidinedionas

Combinado oral e insulina

Sulfonilureas

Combinado oral

No conoce su tratamiento

Biguanidas

Insulina

Sin tratamiento

Inhibidores de las alfa glucosidas

Se desconoce diabético

32.- En los últimos 6 meses el tratamiento ha sido:

Continuo

Con interrupciones

(interrumpe el tratamiento por más de 3 días seguidos)

MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN									
<b>33.- Diagnóstico principal de ingreso:</b> (De los siguientes diagnósticos numere en orden de importancia los 2 principales motivos de ingreso):									
<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Retinopatía diabética	<input type="checkbox"/> Crisis hipertensiva	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Quirúrgica No relacionada con DM					
<input type="checkbox"/> Cetoacidosis	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Otra relacionada con la DM					
<input type="checkbox"/> Edo Hiperosmolar	<input type="checkbox"/> IRC Diálisis	<input type="checkbox"/> EVC	<input type="checkbox"/> Procesos infecciosos NO señalados	<input type="checkbox"/> Otra No relacionada con DM					
<input type="checkbox"/> Deshidratación	<input type="checkbox"/> IRC Hemodiálisis	<input type="checkbox"/> Infección de vías urinarias	<input type="checkbox"/> Atención obstétrica						
<input type="checkbox"/> Neuropatía diabética	<input type="checkbox"/> Necrobiosis	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Quirúrgica relacionada con DM						
<b>34.- Glucemia al ingreso hospitalario:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (mg/dl)			<b>35.- Fecha de toma de la glucosa:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div>						
TRATAMIENTO PROPORCIONADO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA									
<b>36.- El tratamiento en la unidad para el control de la glucemia fue:</b>									
<input type="checkbox"/> No farmacológico			<input type="checkbox"/> Insulina		<input type="checkbox"/> Otro		<b>37.- Area de hospitalización ( Area donde el tiempo de hospitalización fue de mayor):</b>		
<input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes orales			<input type="checkbox"/> Combinación oral e insulina		<input type="checkbox"/> Medicina interna		<input type="checkbox"/> Cirugía		<input type="checkbox"/> Urgencias
					<input type="checkbox"/> Gineco-Obstetricia		<input type="checkbox"/> Otra		
<b>38.- Complicaciones intrahospitalarias:</b>									
<input type="checkbox"/> Neumonía		<input type="checkbox"/> Diarrea		<input type="checkbox"/> Otras no infecciosas		<input type="checkbox"/> Ninguna			
<input type="checkbox"/> Infección de vías urinarias		<input type="checkbox"/> Flebitis		<input type="checkbox"/> Procesos infecciosos No señalados					
MOTIVO DE EGRESO									
<b>39.- El motivo del egreso hospitalario fue:</b> <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Alta voluntaria <input type="checkbox"/> Traslado a otra unidad <input type="checkbox"/> Defunción									
<b>40.- Diagnóstico del egreso:</b>									
<input type="checkbox"/> Descompensación corregida		<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal SIN diálisis		<input type="checkbox"/> Tb		<input type="checkbox"/> Postquirúrgica relacionada a DM			
<input type="checkbox"/> Necrobiosis diabética sin amputación		<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica		<input type="checkbox"/> VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Postquirúrgica NO relacionada a DM			
<input type="checkbox"/> Amputación por necrobiosis diabética		<input type="checkbox"/> HAS controlada		<input type="checkbox"/> Atención obstétrica		<input type="checkbox"/> Otro relacionado con la DM			
<input type="checkbox"/> IRC Post-diálisis		<input type="checkbox"/> Secuelas de EVC		<input type="checkbox"/> Proceso infeccioso remitido o controlado		<input type="checkbox"/> Otra NO relacionada a DM			
<b>41.- Fecha de egreso:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div>			<b>42.- Glucemia al egreso:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (mg/dl)						
APOYO									
<b>43.- Ha recibido información de su médico sobre los cuidados y complicaciones de la diabetes:</b>					<b>44.- Pertenece y asiste a un Grupo de Ayuda Mutua:</b>				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica				
<b>45.- Tiene alguna discapacidad originada por la diabetes:</b>					<b>46.- La discapacidad que presenta es:</b>				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica					<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Mental				
Pase a la 46			Pase a la 47						
INDICACIONES AL EGRESO									
<b>47.- Tratamiento a seguir:</b>									
<input type="checkbox"/> Dieta		<input type="checkbox"/> Tolbutamida		<input type="checkbox"/> Acarbosa		<input type="checkbox"/> Glibenclamida y Fenformina		<input type="checkbox"/> Insulina Isófana	
<input type="checkbox"/> Dieta y Ejercicio		<input type="checkbox"/> Gliclazida		<input type="checkbox"/> Rosiglitazona		<input type="checkbox"/> Otro tipo de combinado		<input type="checkbox"/> Insulina Lispro(recombinante)	
<input type="checkbox"/> Glibenclamida		<input type="checkbox"/> Metformina		<input type="checkbox"/> Pioglitazona		<input type="checkbox"/> Repaglinida		<input type="checkbox"/> Combinado oral de Insulinas	
<input type="checkbox"/> Glipizida		<input type="checkbox"/> Fenformina		<input type="checkbox"/> Metformina y Glibenclamida		<input type="checkbox"/> Nateglinida		<input type="checkbox"/> Repaglinida	
<input type="checkbox"/> Glimepirida		<input type="checkbox"/> Miglitol		<input type="checkbox"/> Metformina y Clopropamida		<input type="checkbox"/> Insulina Humana			
<b>48.- Referencia a:</b>									
<input type="checkbox"/> Primer nivel			<input type="checkbox"/> Tercer nivel			<input type="checkbox"/> Otra unidad			
<input type="checkbox"/> Control en consulta externa de esta unidad			<input type="checkbox"/> Otra Institución						