

NOTA DE PROGRESO PACIENTE DIABÉTICO

Nombre del paciente: _____
de contrato: _____

Fecha: _____

Medicamentos y suplementos vitamínicos actuales:

Alergias: _____

Uso del cigarrillo:

- Nunca Sí, cantidad ____ ppd,
Listo para cesar de fumar Sí No
- Fumó anteriormente x ____ años.
 Año que cesó de fumar _____
- Fumador de 2^{da} mano
_____ Años de exposición

Edad: _____ Peso: _____ BP: _____ Temp: _____ Altura: _____ Pulso: _____

Subjetivo: Estimado de dolor Yes ____/10 No _____



Registro de labor educativa

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monitoreo diario de la glucosa | <input type="checkbox"/> Medicamentos | Otros: |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Cuidado del pie | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Dieta: _____ | <input type="checkbox"/> Cesación de fumar | <input type="checkbox"/> _____ |

Objetivo:

Leyenda <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/> Normal	Descripción:
<input type="checkbox"/> Apariencia general	
<input type="checkbox"/> Corazón	
<input type="checkbox"/> Pulmones	
<input type="checkbox"/> Abdomen	
<input type="checkbox"/> Sist. Musculoesquelético	
<input type="checkbox"/> Cabeza/cuello	
<input type="checkbox"/> Piel	
<input type="checkbox"/> Pies	

Evaluación: Tipo de Diabetes ___ Controlada Descontrolada

Plan:

Referido a: Educación en salud Nutrición Fundoscopia

_____ _____

Cambios en medicamentos: _____

Labs: HgA1C BMP/CMP Micro Alb/Cr LDL _____

Vacunas **Influenza** Fecha: _____ **Neumonía** Fecha: _____

Próxima Visita: ___ meses ___ semanas Otro: _____

Proveedor: _____ #Lic _____ Fecha: ___/___/___

