



FICHA PACIENTE

NOMBRE							
EDAD		AÑOS EN DM		TABACO		ALCOHOL	

VALORES	FECHA	FECHA	FECHA	VALORES	FECHA	FECHA	FECHA
HbA1c				PESO / IMC			
BASAL				PERIM. ABDOMINAL			
LDL / HDL				PORCENT. GRASA			
TC				PRESION ARTERIAL			

INICIO	LEVE	MODERADA	INTENSA

ACTIVIDAD FISICA

FIN	LEVE	MODERADA	INTENSA

ALIMENTACION

Experiencia en Diabetes

REGISTRO DE DIAS	RECUERDO DE HORAS	FRECUENCIA CONSUMO ALIMENTOS

MEDICAMENTOS	FALTA REAL	INDIC.	FALTA	DOSES	ADM.	CONSERV /ELIMIN

REVISIONES

AUTOREVISION PIE		
PODOLGO		
CARDIOLOGO (ECG)		
DENTISTA		

REVISIONES

BIPOGLUCEMIAS		
AUTOCONTROL		
INSULINA		
GLUCAGON		

REVISIONES

VACUNAS		
VISION		
ODOS		
