

**Nombre del alumno: Julián  
Santiago López**

**Nombre del profesor: Sergio Alejandro  
López**

**Nombre del trabajo: Historia Clínica  
del paciente entrevistado**

**Materia: Bioquímica**

**Grado: Primer Semestre grupo "B"**

**Facultad de Medicina**

NOMBRE DEL PROPUESTO ASEGURADO FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/YY)

**Juan Bernardo Hernández López// 9 de septiembre de 1899**

DIRECCION CODIGO POSTAL / CIUDAD / PAIS NUMERO DE TELEFONO, FAX O EMAIL

**13 av p/n barrio de la cueva comitan de dominguez Chiapas**

**963-134-55-66**

NOMBRE DEL MEDICO QUE LE DIAGNOSTICO DIABETES POR PRIMERA VEZ FECHA DEL PRIMER DIAGNOSTICO

**Guillermo Víctor y me lo diagnostico por primera vez hace aproximadamente 6 meses**

NOMBRE DEL MEDICO QUE LO TRATA ACTUALMENTE POR DIABETES FECHA DEL ULTIMO TRATAMIENTO

**Mi médico actual es salvador nucamendi y sigo en curso de mi tratamiento**

¿ESTAS SIGUIENDO UNA DIETA ESPECIAL? CONSUMO DIARIO DE CALORIAS ¿ESTÁ TOMANDO INSULINA U OTRO MEDICAMENTO?

Sí  No  Sí  No

INSULINA UNIDADES TIEMPO HORA DOSIS

**3 miligramos cada 12 horas o cada que realice una comida**

¿HA SUFRIDO ALGUNA VEZ UN COMA DIABETICO? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, FECHA(S)

Sí  No DIGA CUANTAS VECES

¿SE HACE UD. ANALISIS REGULARES DE AZUCAR EN LA ORINA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DIGA LAS FECHAS DE LOS DOS ULTIMOS

Sí  No **hace un mes el más distante en tiempo y hace una semana el más reciente**

¿TIENE LA ORINA LIBRE DE AZUCAR EN EL ULTIMO EXAMEN? SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿CUALES FUERON LOS RESULTADOS DEL

Sí  No ANALISIS?

¿TIENE LA ORINA USUALMENTE LIBRE DE AZUCAR ¿CUANTO PESA UD. ACTUALMENTE? ¿CUANTO PESABA UD. HACE DOS AÑOS?

¿CUANDO LA ANALIZA? Sí  No Kg./Lbs Kg./Lbs.

¿HA TENIDO UD.:

¿Infecciones tales como furúnculos, amigdalitis o dientes infectados?  Sí  No

¿Presión alta?  Sí  No

¿Dificultad en la visión o trastornos de la vista?  Sí  No

¿Problemas de los riñones o de las vías urinarias? Sí  No

¿Dolor de pecho, problemas del corazón de cualquier tipo?  Sí  No

¿Alguna enfermedad recurrente o prolongada?  Sí  No

¿LE HA SIDO VERIFICADA LA PRESENCIA DE AZUCAR EN LA SANGRE POR UN MEDICO? INDIQUE LOS ULTIMOS RESULTADOS EN EL

Sí  No CUADRO SIGUIENTE

FECHA  En ayunas FECHA  En ayunas

//  Después de comidas Mgs. //  Después de comidas Mgs.

¿LE HAN HECHO UN ELECTROCARDIOGRAMA? FECHA MEDICO

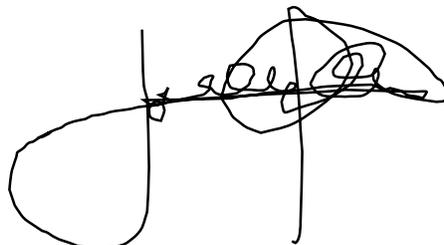
Sí  No //

¿LE HAN HECHO RADIOGRAFIA DE TORAX? FECHA MEDICO

Sí  No //

FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO FECHA DIA MES AÑO

Juan Bernardo Hernández



El paciente se mostró tranquilo en todo momento siempre como médico busque priorizar la seguridad y la tranquilidad de el mismo de igual forma a la hora de arrojar mi diagnostico el paciente se tornó tranquilo y tomo la situación de la mejor manera