

Informe Médico / Medical Report

Nombre y apellidos/Name and surname: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Fecha de diagnóstico de la diabetes/Date of Diabetes Diagnosis: _____

Tipo de diabetes/Type of Diabetes: _____

Complicaciones de la diabetes/Diabetic complications:

- Retinopatía/Retinopathy
- Nefropatía/Nephropathy
- Neuropatía periférica/Peripheral neuropathy
- Neuropatía autonómica/Autonomic neuropathy

Otras enfermedades/Other relevant conditions: _____

Tratamiento habitual/Usual treatment: _____

El paciente precisa transportar/The patient should carry:

- medidor de glucosa y lancetas/glucometer and lancets
- insulina y agujas/insulin and needles
- glucagón/glucagon
- alimentos o bebidas con carbohidratos/food or drinks with carbohydrates
- infusor de insulina/insulin pump:

Recomendaciones específicas/Specific recommendations: _____

Médico/Physician

Dr:

Tel:

Firma/Signature