



TRATAMIENTO MULTIDOSIS DE INSULINA

DATOS GENERALES (A RELLENAR POR PROGENITORES/TUTORES/AS LEGALES):

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ SEXO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ PESO ___ kg ESTATURA __, __ cm D.N.I.: _____
 DIRECCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____
 PROVINCIA: _____ TFNOS. CONTACTO: _____
 CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA DIAGNÓSTICO DIABETES: ___/___/___

A RELLENAR POR EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL:

INSULINAS:

- INSULINA LENTA BASAL(NOMBRE): _____
 PAUTA: cantidad y horario de administración:
- INSULINA ANÁLOGO (NOMBRE): _____

RATIOS Y FACTOR DE SENSIBILIDAD:

	Desayuno	Media mañana	Almuerzo	Merienda	Cena
Ratios					
FS					

RACIONES DE HIDRATOS DE CARBONO RECOMENDADAS

DIETA DE _____ Kcal;

Desayuno	Media mañana	Almuerzo	Merienda	Cena	Recena

INDICAR RACIONES MÁXIMAS POR COMIDA): DE: MM: AL: M: CE: RE:

¿ACUDE A CONSULTAS DE SEGUIMIENTO CON REGULARIDAD? NO ; SI OBSERVACIONES:

COMPENSACIÓN METABÓLICA HABITUAL: BUENA ; REGULAR ; MALA ; INESTABLE (Según criterio del pediatra-endocrino o endocrinólogo/a)

ÚLTIMA HbA1C (imprescindible): _____ FECHA DE LA ÚLTIMA HAb1c: ___/___/___

CALIFIQUE EL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES: ALTO ; MEDIO ; BAJO

DATOS COMPLEMENTARIO (A RELLENAR POR PROGENITORES/TUTORES/AS LEGALES)

¿UTILIZA SENSOR CONTÍNUO DE GLUCOSA? NO ; SI INDIQUE EL MODELO: _____

¿REALIZA EJERCICIO/DEPORTE? NO ; SI . ¿CUÁL/ES? _____ TOTAL DE HORAS SEMANALES _____ ¿FEDERADO/A? NO SÍ ¿EN CUÁL? _____

¿SE AUTOANALIZA SOLO/A LA GLUCEMIA? SÍ NO . ¿CAMBIA EL CATETER SIN AYUDA? SÍ NO .

¿PRACTICA CONTROL DE CETONEMIA?: SÍ NO

¿PRESENTA ALGÚN CUADRO PATOLÓGICO DIGNO DE RESEÑAR O PRECISA ALGUNA OTRA MEDICACIÓN? (ADJUNTAR INFORME DE PEDIATRÍA)

¿PRESENTA ENURESIS NOCTURNA? SÍ NO

ES ALÉRGICO/A: SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO INDICAR A QUÉ y SEÑALAR MEDICACIÓN (ADJUNTAR INFORME DE PEDIATRÍA):

CONTINÚE RELLENANDO POR DETRÁS:

NOMBRE HOSPITAL: _____
 PROFESIONAL RESPONSABLE: _____
 (ENDOCRINO/A -PEDIATRA O ENFERMERO/A EDUCADOR/A)

FIRMA Y SELLO

FECHA: ___/___/___

INFORME MÉDICO COLONIA 2025
DATOS DEL CONTROL DIABETOLÓGICO DEL NIÑO/A

PROBLEMAS EMOCIONALES/CONDUCTUALES (A RELLENAR POR PROGENITORES/TUTORES/AS LEGALES):

- ANSIEDAD:
 - SÍ. ESPECIFICAR
 - NO

- DEPRESIÓN:
 - SÍ. ESPECIFICAR
 - NO

- FOBIA/AS:
 - SÍ. ESPECIFICAR
 - NO

- TERRORES NOCTURNOS:
 - SÍ. ESPECIFICAR
 - NO

- TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA:
 - SÍ. ESPECIFICAR
 - NO

- HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD:
 - SÍ. ESPECIFICAR
 - NO

- PROBLEMAS DE ATENCIÓN:
 - SÍ. ESPECIFICAR
 - NO

- OTROS:

Por favor, si hubiera cualquier información/informe de especialista que pudiera ayudar al equipo de la Colonia, no dude en facilitarlo.