

Formulario D2: Condiciones Médicas Evaluadas Clínicamente

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el médico, asistente médico, enfermera calificada u otro profesional de la salud capacitado. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita de Seguimiento por Teléfono, Formulario D2.

Condiciones y procedimientos médicos			
<p>Las preguntas que se presentan a continuación deberán ser contestadas basándose en la revisión de toda la información disponible, incluyendo aquellos diagnósticos que se hayan realizado durante la visita actual, los registros médicos, procedimientos, pruebas de laboratorio y la evaluación clínica.</p>			
<p>1. Cáncer (excluyendo cáncer de piel no-melanoma), primario o metastásico</p> <p><input type="checkbox"/> 0 No (PASE A LA PREGUNTA 2)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí, primario/no metastásico</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Sí, metastásico</p> <p><input type="checkbox"/> 8 No evaluado (PASE A LA PREGUNTA 2)</p> <p>1a. Si está presente, especifique el sitio primario: _____</p>			
<p><i>Si alguna de las siguientes condiciones están presentes (aunque hayan sido tratadas exitosamente), marque Sí.</i></p>			
<p>2. Diabetes <input type="checkbox"/> 0 No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí, Tipo I</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Sí, Tipo II</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sí, otro tipo (diabetes insípida, diabetes autoinmune latente/tipo 1.5, diabetes gestacional)</p> <p><input type="checkbox"/> 9 No evaluado o desconocido</p>			
	No	Sí	No evaluado
3. Infarto al miocardio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
4. Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
5. Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6. Hipertensión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7. Angina de pecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
8. Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
9. Deficiencia de vitamina B12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
10. Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

Si alguna de las siguientes condiciones están presentes (aunque hayan sido tratadas exitosamente), marque Sí.			
	No	Sí	No evaluado
11. Artritis (Si no está presente o no fue evaluada, PASE A LA PREGUNTA 12)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
11a. Si está presente, ¿de qué tipo es?			
<input type="checkbox"/> 1 Reumatoide			
<input type="checkbox"/> 2 Osteoartritis			
<input type="checkbox"/> 3 Otro (ESPECIFICAR): _____			
<input type="checkbox"/> 9 Desconocido			
11b. Si está presente, ¿cuáles son las regiones afectadas? (marque al menos una):			
11b1. <input type="checkbox"/> 1 Extremidad superior			
11b2. <input type="checkbox"/> 1 Extremidad inferior			
11b3. <input type="checkbox"/> 1 Columna vertebral			
11b4. <input type="checkbox"/> 1 Desconocido			
12. Incontinencia — urinaria	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
13. Incontinencia — fecal	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
14. Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
15. Trastorno de conducta durante el sueño MOR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
16. Hiposomnía/ insomnio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
17. Otro trastorno del sueño (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
18. Procedimiento carotídeo: angioplastia, endarterectomía, o stent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
19. Intervención coronaria percutánea: angioplastia y/o stent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
20. Procedimiento: marcapasos o desfibrilador	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
21. Procedimiento: remplazo o reparación de válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
22. Encefalitis por anticuerpos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
22a. Especificar anticuerpo: _____			
23. Otras condiciones médicas o procedimientos no enlistados anteriormente (SI ESTÁN PRESENTES, ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	