

## Informe médico para Colonias / Campamentos de la ADC

<b>Nombre</b>	<b>Apellidos</b>

- ✓ A cumplimentar por el médico especialista.
- ✓ Es necesario hacer constar el nombre y el número de colegiado, la firma y el sello.
- ✓ Sin estos requisitos NO será admitida la inscripción.
- ✓ **Se ruega escribir los datos con letras MAYÚSCULAS o a máquina.**
- ✓ **Es importante llenar la pauta y dosis que lleva justo antes de las colonias.**
- ✓ **Hay que llenar TODOS los datos, si no, el informe NO SERÁ VÁLIDO.**

### TRATAMIENTO INSULÍNICO

**ATENCIÓN:** Si lleva infusor de insulina (bomba), indicar el modelo y adjuntar hoja con la programación.

	HORARIO	TIPO DE INSULINA	DOSIS HABITUAL	CORRECCIONES	RACIONES DE HIDRADOS	RATIO
<b>DESAYUNO</b>						
<b>MEDIA MAÑANA</b>						
<b>COMIDA</b>						
<b>MERIENDA</b>						
<b>CENA</b>						
<b>RESOPÓN</b>						

Última hemoglobina glicosilada (HbA1c): \_\_\_\_\_ Fecha del HbA1c \_\_//\_\_

¿Nota las hipoglucemias? Sí  No  A veces  Por las noches no las nota

Factor de sensibilidad a la insulina (FSI): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_

¿Sufre alguna complicación derivada de la diabetes? ¿Cuál?

---



---

Nombre	Apellidos

¿Tiene alguna otra patología o complicación médica?  SÍ  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema psicológico (hiperactividad, TCA, problemas conductuales o de relación)?  SÍ  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Toma alguno medicamento?  SÍ  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Especifique dosis y horario:

\_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a algún alimento, medicamento o producto?  SÍ  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Le han puesto la vacuna contra el tétanos?  SÍ  NO

¿Le han puesto la vacuna contra la hepatitis B?  SÍ  NO

**RÉGIMEN DIETÉTICO: Número Kilocalorías o raciones de cada comida** \_\_\_\_\_

a) Otras restricciones dietéticas (intolerancias, alergias, celiaquía, dieta vegetariana...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del colegiado	Número de colegiado	Fecha del informe

Sello y firma: