

Endocrinology & Diabetes Care Center

M. Mujahid Baig, M.D., F.A.C.E.

HYPOGLYCEMIC HISTORY(HISTORIA DE HIPOGLUCEMIA):

Name(Nombre) _____ Date(Fecha) _____

1. How long have you had hypoglycemic symptoms(¿Cuánto tiempo ha tenido síntomas de hipoglucemia)? _____
2. How or who mentioned that you have hypoglycemia(Cómo o quién menciona que tienes hipoglucemia)? _____
3. What are the most bothersome symptoms(¿Cuáles son los síntomas más molestos)?

4. Is there certain types of food or drinks that trigger these symptoms(¿Hay ciertos tipos de alimentos o bebidas que desencadenan estos síntomas)? _____

5. How long after you have a meal or a drink do these symptoms appear(¿Cuánto tiempo después de tener una comida o una bebida aparecen estos síntomas)? _____
6. What improves these symptoms(¿Qué mejora estos síntomas)? _____

7. How long does it take for these symptoms to improve(¿Cuánto tiempo se necesita para que estos síntomas para mejorar)? _____
8. Do you have abdominal cramps or bloating before you notice these symptoms(¿Tiene calambres abdominales o distensión antes de que note estos síntomas)? Yes(Sí) No
9. How is your appetite(¿Cómo esta su apetito)? _____
10. Any changes of weight for the last 6 months to a year(Cualquier cambio de peso en los últimos 6 meses a un año) _____
11. Is anybody in your family diabetic who also lives with you(¿Hay alguien en su familia diabética que también vive con usted)? Yes(Sí) No