



FOTO ACTUAL

Ficha médica
Campamento Diabetes
MONCAYO 2025

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Fecha nacimiento:

DNI:

Nº Seguridad Social:

DATOS GENERALES DE SALUD

Alergias a medicamentos:

Otras alergias:

Alergias alimenticias:

Intolerancias alimenticias:

¿Vacunación completa? ☐ SÍ ☐ NO

Otras enfermedades y pautas de medicación: (fármacos y horario)

¿Realiza ejercicio físico? ☐ SÍ ☐ NO

¿Cuál?

¿Cuántas horas semanales?

DATOS DIABETES

Hospital donde se controla:

Dr/Dra.:

Fecha del Debut:

Último valor HbA1C y fecha:

¿Sabe inyectarse solo/a la insulina?

☐ SÍ ☐ NO

¿Sabe contar raciones?

☐ SÍ ☐ NO

¿Se hace solo/a las glucemias capilares?

☐ SÍ ☐ NO

Lugares de inyección de insulina:

¿Ha tenido Cetoacidosis con ingreso hospitalario en el último año?

☐ SÍ ☐ NO

¿Qué motivó la descompensación?

HIPOGLUCEMIAS

¿Cuántas presenta a la semana?

¿Cómo las manifiesta?

¿El niño/a reconoce sus síntomas? ☐ SÍ ☐ NO

¿Qué alimentos dais en caso de Hipo?



TRATAMIENTO CON MULTIPLES DOSIS DE INSULINA

	Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Unidades I. rapida/ratio					
Unidades I.basal					
Raciones					
Comentarios:					
Factor de sensibilidad:		Tipo Insulina Rápida		Tipo Insulina Lenta	

Lleva bomba insulina:	☐	SÍ	☐	NO	Marca y modelo:	
Incidencias con catéteres:						
Pauta en modo manual:						
Hora						
Uds.						

	Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Bolus					
Ratios					
Factor Sensibilidad					
Raciones					

Observaciones:

USO DE MEDIDOR (SENSOR) – CALCULADOR DE BOLO

¿Usa sensor de medición continua? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Freestyle libre 2 ☐ Dexcom G6 ☐ Guardian 4 ☐ Freestyle libre 3 ☐ Dexcom G7	Usa calculador de bolo (Expert Accucheck) ☐ SÍ ☐ NO
---	--

Si tenéis alguna duda o comentario que hacernos podéis escribir a:
diabetespediatria@salud.aragon.es