

FORMULARIO DE DIABETES

OBRA SOCIAL (SIGLAS) N° RNOS

DATOS DEL AFILIADO

CUIT/CUIL

APELLIDO NOMBRE EDAD SEXO

DOC TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO N° AFILIADO

TELÉFONO TELÉFONO CELULAR

CALLE N° PISO DPTO. C.P. BARRIO

LOCALIDAD PROV. E-MAIL

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO NOMBRE

MATRÍCULA ESPECIALIDAD

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO

TIPO 1 TIPO 2 OTROS TIPOS FECHA DE REGISTRO FECHA DE DIAGNÓSTICO

COMORBILIDADES

DISLIPEMIA OBESIDAD TABAQUISMO HIPERTENSIÓN ARTERIAL

COMPLICACIONES

HIPERTROFIA VENTRICULAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	RETINOPATÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	AMPUTACIÓN DE MIEMBROS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CEGUERA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NEFROPATÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INSUF. CARDÍACA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NEUROPATÍA PERIFÉRICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DIÁLISIS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ACC. CEREBROVASCULAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	VASCULOPATÍA PERIFÉRICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TRANSP. RENAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ESTUDIOS	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA
GLUCEMIA EN AYUNAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TA SISTÓLICA	<input type="text"/>	INSPECCION DE PIES	<input type="text"/>
HBA1C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TA DIASTÓLICA	<input type="text"/>	PESO	<input type="text"/>
LDL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CREATININA	<input type="text"/>	TALLA	<input type="text"/>
TRIGLICÉRIDOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FONDO DE OJO	<input type="text"/>		

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE (ESTATINAS U OTROS) SI NO AUTOMONITOREO GLUCÉMICO SI NO

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SI NO ACTIVIDAD FISICA SI NO

ANTIAGREGACIÓN (ÁCIDO SALICÍLICO U OTROS) SI NO BOMBA DE INSULINA SI NO

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES
HIPOGLUCEMIANTE	GLIBENCLAMIDA <input type="checkbox"/>		5mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	METFORMINA <input type="checkbox"/>		500 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIMEPIRIDE <input type="checkbox"/>		2 mg <input type="checkbox"/> 4 mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIPIZIDA <input type="checkbox"/>		5 mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTES	OTROS				
TIRAS REACTIVAS	<input type="checkbox"/>	accu check	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	d/d	
INSULINA BASAL				U.I.	
INSULINA DE CORRECCION				U.I.	
OTRAS DROGAS				U.I.	

FIRMA DEL BENEFICIARIO/A

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL MÉDICO