

FORMULARIO DE DIABETES

OBRA SOCIAL (SIGLAS)

N° RNOS

DATOS DEL AFILIADO

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

ESTUDIOS	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA
GLUCEMIA EN AYUNAS			TA SISTÓLICA		INSPECCION DE PIES	
HBA1C			TA DIASTÓLICA		PESO	
LDL			CREATININA		TALLA	
TRIGLICÉRIDOS			FONDO DE OJO			

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE (ESTATINAS U OTROS)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	AUTOMONITOREO GLUCÉMICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD FÍSICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ANTIAGREGACIÓN (ÁCIDO SALICÍLICO U OTROS)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	BOMBA DE INSULINA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>				
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.	

FECHA

 FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL MÉDICO