

FORMULARIO DE DIABETES

OBRA SOCIAL (SIGLAS)

OSPESCA

N° RNOS

0-0050-5

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	NO	RETINOPATÍA	SI	NO	AMPUTACIÓN DE MIEMBROS	SI	NO
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	SI	NO	CEGUERA	SI	NO	NEFROPATÍA	SI	NO
INSUF. CARDÍACA	SI	NO	NEUROPATÍA PERIFÉRICA	SI	NO	DIÁLISIS	SI	NO
ACC. CEREBROVASCULAR	SI	NO	VASCULOPATÍA PERIFÉRICA	SI	NO	TRANSP. RENAL	SI	NO

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	NO	AUTOMONITOREO GLUCÉMICO	SI	NO
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	SI	NO	ACTIVIDAD FÍSICA	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		5mg	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	METFORMINA		500 750 850 1000	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIMEPIRIDE		2 mg 4 mg	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIPIZIDA		5 mg	mg	
HIPOGLUCEMIANTES	OTROS				
TIRAS REACTIVAS		accu check	SI NO	d/d	
INSULINA BASAL				U.I.	
INSULINA DE CORRECCION				U.I.	
OTRAS DROGAS				U.I.	

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL MÉDICO