



FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO - DIABETES MELLITUS

ALTA:		RENOV. SEMESTRAL	
SI	NO	SI	NO

Estimado /a Afiliado/a: Complete los datos en cada campo:

FECHA ACTUAL:/...../..... DNI Nº CUIT / CUIL:.....

Apellido y Nombres: Fecha de Diag. Diabete/...../.....

Edad Actual:..... Afiliado Nº:..... Plan:.....

Domicilio:..... Mail:..... Teléfono:.....

Esta sección debe ser completada por el médico tratante marcando con una cruz (X) en el campo sombreado lo que corresponda para este paciente

Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>
DM T1	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Pié Diabético	<input type="checkbox"/>
DMT2	<input type="checkbox"/>	HVI	<input type="checkbox"/>	Neuropatía Periférica	<input type="checkbox"/>
Otro tipo de Diabetes (LADA, MODY, etc.)	<input type="checkbox"/>	IAM	<input type="checkbox"/>	Vasculopatía Periférica	<input type="checkbox"/>
Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	Amputación	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	Enf. Coronaria con stent	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>
ACV	<input type="checkbox"/>	Cirugía de Revasc.Miocárdica	<input type="checkbox"/>	Diálisis	<input type="checkbox"/>
AIT	<input type="checkbox"/>	Retinopatía	<input type="checkbox"/>	Transplante Renal	<input type="checkbox"/>

Monitoreo, tratamiento y estilos de vida (Marcar con una cruz lo que corresponda en el campo oscuro)

No insulino - requirente	<input type="checkbox"/>	Realiza automonitoreos Glucémicos	<input type="checkbox"/>	Número de veces/sem.	<input type="checkbox"/>
Insulino - requirente	<input type="checkbox"/>	Fuma?	<input type="checkbox"/>		
Cumple el tratamiento indicado?	<input type="checkbox"/>	Realiza actividad física?	<input type="checkbox"/>		

Completar con la fecha de última realización y los resultados obtenidos en las unidades frecuentemente utilizadas (Sin aclararlas)

Bioquímica y Registro	Frecuencia sugerida	Fecha del resultado	Resultado	Biomarcador y control	Frecuencia sugerida	Fecha del resultado	Resultado
Glucemia ayuno	C/6 meses	...../...../.....		TA diastólica	C/6 meses/...../.....	
HbA1C	C/6 meses	...../...../.....		Creatinina Sérica	C/12 meses/...../.....	
LDLc	C/12 meses	...../...../.....		Fondo de Ojo	C/12 meses/...../.....	
Triglicéridos	C/12 meses	...../...../.....		Peso	C/6 meses	...../...../.....	Kg
Microalbuminuria	C/12 meses	...../...../.....		Talla	C/6 meses	...../...../.....	m
TA Sistólica	C/6 meses	...../...../.....		Circunf. Abdominal	C/6 meses	...../...../.....	cm

Tratamiento farmacológico (completar los campos oscuros)

Grupo	Nombre Genérico	Dosis/día	Grupo	Nombre Genérico	Dosis/día
Hipogluc. Oral (1)			Anti HTA (1)		
Hipogluc. Oral (2)			Anti HTA (2)		
Hipogluc. Oral (3)			Aspirina		
Insulina basal			tto. Hipercol.		
Insulina correc.			Otro:		
Otro hipoglu.			Otro:		

Datos del Médico Tratante:

Apellido y Nombres:.....

Matrícula Nacional:.....

Matrícula Provincial:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....

Provincia:.....

Fecha:.....

Firma y sello del Profesional:.....

Fecha y sello de recepción en la OSSSB