

**CENTRO MEDICO PUEYRREDON**
MEDICINA PREPAGA**DIABETES MELLITUS**

(Información a completar por el médico tratante)

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____

FECHA DE NAC.: _____ CUIT/ CUIL: _____ SEXO: F ☐ M ☐

AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES: _____

DIAGNÓSTICO (marcar con una X lo que corresponda)DIABETES: TIPO 1 ☐ TIPO 2 ☐ GESTACIONAL ☐ OTRO ☐ FECHA DE DIAGNÓSTICO: ____/____/____**DATOS DEL EXAMEN FÍSICO**

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____ CIRCUNF. ABDOMINAL: _____ FECHA: _____

EXAMEN DE PIE: Sensación protectora Presente ☐ Ausente ☐**COMORBILIDADES** (marcar con una X lo que corresponda)HIPERTENSIÓN ARTERIAL ☐ DISPLEMIA ☐ TABAQUISMO ☐**EXÁMENES Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS** (últimos 12 meses)

	VALORES	FECHA		VALORES	FECHA
GLUCEMIA EN AYUNAS	_____	____/____/____	CLEARANCE DE CREATININA	_____	____/____/____
HbA1c	_____	____/____/____	MICROALBUMINURIA	_____	____/____/____
FUNCIÓN RENAL	_____	____/____/____	(*) FONDO DE OJO Sin RD ☐ RDNP ☐ RDP ☐	_____	____/____/____
CREATININA	_____	____/____/____	(*) EXAMEN DE PIE No realizado ☐ Realizado ☐	_____	____/____/____

(*) Únicamente para beneficiarios con hbA1C > 9 Abreviaturas: Sin RD = sin retinopatía diabética / RDNP = retinopatía no proliferativa / RDP = retinopatía proliferativa

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTOPLAN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE ☐ ACTIVIDAD FÍSICA ☐ EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA ☐**MEDICACIÓN**

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO DE TRATAMIENTO	CAJA/ ENVASE MENSUAL
METFORMINA					
SULFONILUREAS (especificar cuál)					
IDPP4 (especificar cuál)					
INSULINA BASAL (especificar cuál)	LAPICERA				
	VIAL				
INSULINA RÁPIDA (especificar cuál)	LAPICERA				
	VIAL				
OTRO (especificar cuál)					
PIOGLITAZONA					
ISGLT2 (especificar cuál)					

SOLICITA BIOSENSOR: ☐	TIRAS REACTIVAS: _____ por día	LANCETAS: _____ por día	AGUJAS: _____ por día
	TIRAS REACTIVAS: _____ cajas	LANCETAS: _____ cajas	AGUJAS: _____ cajas

COMPLICACIONES (únicamente para beneficiarios con hbA1C > 9)

HIPOGLUCEMIA ☐	RETINOPATÍA ☐	NEFROPATÍA ☐	NEUROPATÍA ☐
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ☐	PAT. CEREBROVACULAR ☐	PIE DIABÉTICO ☐	DÍALISIS ☐

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

TELÉFONO: _____

E-MAIL: _____

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

DATOS ADICIONALES (a completar por el socio)

NRO DE SOCIO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____



**PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS**

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: _____

Nº DNI: _____ Nº SOCIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: / /

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO: _____

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:
(Detallar)

ESETADO ACTUAL:
(Detallar):

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE