

FORMULARIO DE DIABETES

OBRA SOCIAL (SIGLAS)

OSTEP

N° RNOS

1-2610-6

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

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

INSPECCIÓN 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

FARMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO
Metformina			
Pioglitazona			
Sulfonilureas			
ISGLT2			
IDPP4			
INSULINA	Tto. Intensificado (completar) SI NO		
INSULINA BASAL	Vial Lapicera		
INSULINA CORRECCION	Vial Lapicera		
TIRAS REACTIVAS:	(Marca) por día: / Lancetas agujas mm		

FIRMA DEL BENEFICIARIO/A

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL  
PROFESIONAL MÉDICO