

PROGRAMA DIABETES

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS MÉDICOS

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____
 Nro. Beneficiario: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Teléfono Celular: _____ Email: _____

DATOS DIAGNÓSTICOS

Año de diagnóstico:

| | | | | | | | |
|--------|--------------------------|--------|--------------------------|-------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Tipo 1 | <input type="checkbox"/> | Tipo 2 | <input type="checkbox"/> | Gestacional | <input type="checkbox"/> | Otra | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|--------|--------------------------|-------------|--------------------------|------|--------------------------|

 Tipo de DBT:

DATOS DE LABORATORIO – CONTROLES (último realizado, menos de 6 meses de antigüedad)

Fecha: _____ Glucemia: _____ HbA1c: _____ (especificar si % o gr/dl)

HISTORIA CLÍNICA - COMORBILIDADES

Peso: _____ Kg Talla: _____ m IMC: _____ Kg/m² Perímetro abdominal: _____ cm

Indicar lo que corresponda con una X

| | | | | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | RETINOPATÍA | <input type="checkbox"/> | NEUROPATÍA | <input type="checkbox"/> | ANGOR Y/O INFARTO | <input type="checkbox"/> | HIPERTENSIÓN ARTERIAL |
| <input type="checkbox"/> | NEFROPATÍA | <input type="checkbox"/> | PIE DBT | <input type="checkbox"/> | ACV | <input type="checkbox"/> | PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA |

TRATAMIENTOS (marque con una X todas las opciones que correspondan)

Sí No

Insulina:

Nombre genérico _____ Unidades/día _____

Nombre genérico _____ Unidades/día _____

Hipoglucemiante Oral: Sí No

Genérico _____ Dosis _____ mg/día

Genérico _____ Dosis _____ mg/día

Incretina (inyectable): Sí No

Genérico _____ Dosis _____ mg/día

Genérico _____ Dosis _____ mg/día

Automonitoreo: Sí No

Número de controles _____/día _____/semana



DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre: _____ Matrícula: _____
Teléfono contacto: _____ E-mail: _____

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

IMPORTANTE: los datos consignados en esta planilla constituyen una DECLARACIÓN JURADA.