

**COMPLETE TODOS LOS DATOS, SIN OMISIONES, DE MANERA CLARA Y LEGIBLE**
**DATOS PERSONALES**

CUIL	_____ - _____ - _____	N° AFILIADO	_____
APELLIDO Y NOMBRE			
FECHA DE NACIMIENTO	_____	Edad	_____ años
Sexo		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
DOMICILIO (Localidad, Provincia)			
TELÉFONO	_____	E-MAIL	_____

**TIPO DE DIABETES** **FECHA DE DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_
 TIPO 1  TIPO 2  Otros Tipos (Aclare):

**COMORBILIDADES**

	FECHA DE DIAGNÓSTICO		FECHA DE DIAGNÓSTICO
<input type="checkbox"/> DISLIPEMIA	_____	<input type="checkbox"/> TABAQUISMO	_____
<input type="checkbox"/> OBESIDAD	_____	<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL	_____
<input type="checkbox"/> NO PRESENTA COMORBILIDADES			

**COMPLICACIONES**

	FECHA DE DIAGNÓSTICO		FECHA DE DIAGNÓSTICO
<input type="checkbox"/> HIPERTROFIA VENTR. IZQ	_____	<input type="checkbox"/> NEUROPATÍA PERIFER.	_____
<input type="checkbox"/> IAM	_____	<input type="checkbox"/> VASCULOPATÍA PERIFER.	_____
<input type="checkbox"/> INSUF. CARDÍACA	_____	<input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN DE MM.	_____
<input type="checkbox"/> ACV	_____	<input type="checkbox"/> NEFROPATÍA	_____
<input type="checkbox"/> RETINOPATÍA	_____	<input type="checkbox"/> DIÁLISIS	_____
<input type="checkbox"/> CEGUERA	_____	<input type="checkbox"/> TRASPLANTE RENAL	_____
<input type="checkbox"/> NO PRESENTA NINGUNA DE LAS ANTERIORES			

**EXÁMEN FÍSICO** **FECHA DE REALIZACIÓN:** \_\_\_\_\_

• PESO _____ kg	• TENSIÓN ARTERIAL _____ / _____ mmHg
• TALLA _____ cm	• FONDO DE OJOS <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
• CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL _____ cm	• INSPECCIÓN DE PIES <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado

**LABORATORIO** **FECHA DE REALIZACIÓN:** \_\_\_\_\_

• GLUCEMIA _____ mg/dl	• TRIGLICÉRIDOS _____ mg/dl
• HEMOGLOBINA GLICOSIL. (HbA1c) _____ %	• CREATININA _____ mg/dl
• LDL _____ mg/dl	• MICROALBUMINURIA _____

**FARMACOTERAPIA - DIABETES** **FECHA DE INICIO:** \_\_\_\_\_

• HIPOGLUC. ORAL <input type="checkbox"/> METFORMINA <input type="checkbox"/> SULFONILUREA <input type="checkbox"/> IDDP-4 <input type="checkbox"/> ISGLT-2 <input type="checkbox"/> Agonista GLP-1
• INSULINA <input type="checkbox"/> BASAL <input type="checkbox"/> CORRECCIÓN <input type="checkbox"/> BOMBA
• OTROS (Aclare): _____ <input type="checkbox"/> SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA DIABETES

**FARMACOTERAPIA - COMORBILIDADES** **FECHA DE INICIO:** \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> ANTIAGREGACIÓN (Ácido Salicílico u otro) <input type="checkbox"/> HIPOLIPEMIANTE (Estatinas u otro) <input type="checkbox"/> ANTIHIPERTENSIVO
• OTROS (Aclare): _____ <input type="checkbox"/> SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA COMORBILIDADES

**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 MATRÍCULA NACIONAL: N°: \_\_\_\_\_  
 MATRÍCULA PROVINCIAL: N°: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

FIRMA

SELLO

Reservado Auditoría Médica

**REVISE NO HABER OMITIDO DATOS** Verifique haber completado las fechas, cifras y casillas de verificación solicitadas.

**ADJUNTE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA, FIRMADO Y SELLADO**

Debe contemplar la evolución y el fundamento terapéutico para la medicación prescrita (Res. 731/2023)