



## 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 de DBT: 

Tipo 1		Tipo 2		Gestacional		Otra	
--------	--	--------	--	-------------	--	------	--

#### 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/m<sup>2</sup> 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)

Insulina: 

Sí	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nombre genérico \_\_\_\_\_ Unidades/día \_\_\_\_\_

Nombre genérico \_\_\_\_\_ Unidades/día \_\_\_\_\_

Hipoglucemiante Oral: 

Sí	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Genérico \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ mg/día

Genérico \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ mg/día

Incretina (inyectable): 

Sí	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Genérico \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ mg/día

Genérico \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ mg/día

Automonitoreo: 

Sí	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Número de controles \_\_\_\_\_ /día \_\_\_\_\_ /semana

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Teléfono contacto: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

IMPORTANTE: Será IMPRESCINDIBLE la presentación de los análisis clínicos respaldatorios.  
Los datos consignados en esta planilla constituyen una DECLARACIÓN JURADA.