

DATOS DEL BENEFICIARIO:

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

DATOS DIAGNÓSTICO:

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: _____ HbA1: _____ (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:

	RETINOPATÍA		NEUROPATÍA		ANGOR Y/O INFARTO		HIPERTENSIÓN ARTERIAL
	NEFROPATÍA		PIE DBT		ACV		PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA

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

Insulina: Nombre genérico _____ Unidades/día _____

SI	NO
----	----

 Nombre genérico _____ Unidades/día _____

Hipoglucemiante Oral: Genérico _____ Dosis _____ mg/día

SI	NO
----	----

 Genérico _____ Dosis _____ Mg/día

Incretina (inyectable): Genérico _____ Dosis _____ mg/día

SI	NO
----	----

 Genérico _____ Dosis _____ mg/día

Automonitoreo:

SI	NO
----	----

 Número de controles _____ /día _____ /semana _____

DATOS DEL PROFESIONAL:

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

FECHA _____ FIRMA Y SELLO _____

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