DAMSU SAN JUAN | Dirección de Asistencia Médica Social Universitaria

FICHA DE
PLAN DIABETES

ACLARACIONES PREVIAS:

- *Este formulario debe ser completado en su totalidad de forma legible y fidedigna para ingresar al Plan.*
- *Para su autorización, debe presentar: análisis bioquímicos donde conste glucemia y hgl glicosilada (últimos 2 valores).*
- *En caso de modificación de la medicación, la misma deberá ser gestionada mediante Tratamiento Prolongado (información en: www.damsusanjuan.com.ar)*
- *Renovación del Plan: cada cinco (5) años.*

Datos del/de la titular

Apellido y nombre completo: .....

DNI: ..... *Fecha de nacimiento:* .....

Domicilio: *calle:* ..... *nº:* ..... *orientación:* .....

piso: ..... *manzana:* ..... *barrio:* ..... *localidad:* .....

Celular: ..... *E-mail:* .....

Ficha médica

Apellido y nombre de médico/a tratante: .....

Especialidad: ..... *MP:* .....

Diabetes: ☐ *tipo 1* ☐ *tipo 2* ☐ *gestacional* ☐ *otro:* ..... *fecha de diagnóstico:* .....

Datos antropométricos: *Peso:* *(kg)* ..... *talla:* *(cm)* ..... *I.M.C.:* .....

- Valor HbA1c: ..... *últimos dos valores con fecha:* .....

- Colesterol LDL: ..... | *- Presión arterial:* .....

- Clear. de Creat.: ..... | *- Microalbuminuria:* ..... | *- Proteinuria:* .....

- ECG: ☐ *SI* ☐ *NO* | *- Retinopatía:* ☐ *SI* ☐ *NO* | *- Nefropatía:* ☐ *SI* ☐ *NO*

- Fondo de ojo: ..... | *- Ex. de pie:* ..... *patología:* ☐ *SI* ☐ *NO*

Tratamiento a seguir

- Plan nutricional: ☐ *SI* ☐ *NO* | *- Ejercicio:* ☐ *SI* ☐ *NO*

- Automonitoreo: ☐ *SI* ☐ *NO* *frecuencia:* .....

- Hipoglucemiantes orales: ☐ *SI* ☐ *NO* *cuál?* ..... *dosis diaria:* .....

☐ *SI* ☐ *NO* *cuál?* ..... *dosis diaria:* .....

- Insulina: ☐ *SI* ☐ *NO* *cuál?* ..... *dosis diaria:* .....

☐ *SI* ☐ *NO* *cuál?* ..... *dosis diaria:* .....

otros: .....

.....

firma y sello médico/a tratante

firma y sello de Auditoría Médica