



Servicio Universitario Médico Asistencial
Obra Social de la UNMDP

DIABETES INGRESO / RENOVACIÓN PLAN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

APELLIDO Y NOMBRE: DOCUMENTO:
 Nº AFILIADO/A: FECHA DE NACIMIENTO: / / SEXO: M F
 CORREO ELECTRÓNICO: TELÉFONO:

DIABETES

TIPO:	Tipo 1 <input type="checkbox"/>	Tipo 2 <input type="checkbox"/>	Gestacional <input type="checkbox"/>	Insulinorresistencia <input type="checkbox"/>	
Fecha actual:	/ /	Fecha del diagnóstico:	/ /		
Antecedente familiares:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	HTA:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tabaco:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dislipemia:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

ANTROPOMETRÍA

Peso:	Talla:	I.M.C.:	T.A.: /	Circunferencia de cintura:
-------	--------	---------	---------	----------------------------

COMPLICACIONES

Hipoglucemias:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Con pérdida de conocimiento <input type="checkbox"/>	Frecuencia: (veces por semana)
Retinopatía:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Neuropatía:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Complicaciones macrovasculares:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nefropatía:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

SEGUIMIENTO (ingresar los dos últimos valores)

Hemoglobina glicosilada:	Fecha: / /	Valor:	Fecha: / /	Valor:
Glucemia ayuno:	Fecha: / /	Valor:	Fecha: / /	Valor:
Creatinina:	Fecha: / /	Valor:	Fecha: / /	Valor:
Urea:	Fecha: / /	Valor:	Fecha: / /	Valor:
Clearance de creatinina:	Fecha: / /	Valor:	Fecha: / /	Valor:
Microalbuminuria:	Fecha: / /	Valor:	Fecha: / /	Valor:

Fondo de ojo:	Fecha: / /	Resultado:	Fecha: / /	Resultado:
---------------	----------------------------	------------	----------------------------	------------

Examen de los pies:	Fecha: / /	Resultado:	Fecha: / /	Resultado:
---------------------	----------------------------	------------	----------------------------	------------

PLAN TERAPÉUTICO PRESCRIPTO

MONODROGA	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN
 MÉDICO PRESCRIPTOR

..... / /
 FECHA