



• Este formulario debe ser completado en su totalidad de forma clara y fidedigna para que el/la Afiliado/a pueda ingresar al PLAN DIABETES, ya que la cobertura ofrecida se regirá absolutamente por este formulario. En caso de estar incompleto o ilegible, el/la Afiliado/a deberá volver a su médico/a para que realice las correcciones necesarias.

• Para la continuidad en PLAN DIABETES es requisito obligatorio presentar una (1) vez al año este formulario.

• En caso de modificación de la medicación, la misma deberá ser gestionada mediante procedimiento y formulario de Tratamiento Prolongado.

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre D.N.I.

Afiliado N° fecha de nac. sexo: F M cel.

Domicilio mail

Médico tratante mat. n°

tel./cel. mail

FICHA MÉDICA

Tipo de Diabetes:	<input type="checkbox"/> tipo 1	<input type="checkbox"/> tipo 2	<input type="checkbox"/> gestacional	<input type="checkbox"/> otro:
Año de inicio:	antecedentes familiares:			
Datos antropométricos:	peso (kg)	talla (cm)	I.M.C.	
Valor HbA1c:	últimos dos (dos) valores:			
Coolesterol LDL:	Presión arterial:			
Clear. de Creat.	Microalbuminuria:		Proteinuria:	
ECG:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ex. de pie:	Patología: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fondo de ojo:	Retinopatía: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nefropatía: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Neuropatía: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

TRATAMIENTO

Plan Nutricional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Automonitoreo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No frecuencia:
Ejercicio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hipoglucemiantes orales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No cuál? dosis diaria:
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No cuál? dosis diaria:
otros:	
In alfa gluc:	otras:
Insulina	tipo: marca: dosis diaria:
Insulina	tipo: marca: dosis diaria:
Otros	

MÉDICO TRATANTE

firma, sello y fecha

D.A.M.S.U.

firma, sello y fecha