# CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN EN DIABETES

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TÉCNICO DE LA CONSTRUCCIÓN Y AFINES
**OSPATCA**
RNOS Nº 10530/9

## DATOS DEL AFILIADO

CUIT/CUIL: .....

APELLIDO: ..... NOMBRE: ..... EDAD SEXO F M

DOC. TIPO ☐☐☐ NRO. ☐☐☐☐☐☐☐☐ FECHA DE NAC. ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ NRO. DE AFILIADO ☐☐☐☐☐☐☐☐

TELEFONO ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ TEL. CELULAR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CALLE: ..... PISO ☐☐ DTO. ☐☐ COD. POSTAL ☐☐☐☐ BARRIO ☐☐☐☐☐☐☐☐

LOCALIDAD: ..... PCIA.: ..... E-MAIL:.....

## DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO)

APELLIDO: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ NOMBRE: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

MATRICULA: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ESPECIALIDAD: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

| FECHA DEL REGISTRO | EDAD DEL DIAGNOSTICO |
|---|---|
| | |

DIAGNOSTICO

TIPO 1 ☐ TIPO 2 ☐ GESTACIONAL ☐ DISLIPIDEMIA SI ☐ NO ☐ OBESIDAD SI ☐ NO ☐ TABAQUISMO SI ☐ NO ☐ HIPERTENSION ARTERIAL SI ☐ NO ☐

COMPLICACIONES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HIPERTROFIA VENTRICULAR | SI ☐ NO ☐ | INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO | SI ☐ NO ☐ | ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR | SI ☐ NO ☐ |
| RETINOPATIA | SI ☐ NO ☐ | CEGUERA | SI ☐ NO ☐ | VASCULOPATIA PERIFERICA | SI ☐ NO ☐ |
| AMPUTACION | SI ☐ NO ☐ | DIALISIS | SI ☐ NO ☐ | NEUROPATIA PERIFERICA | SI ☐ NO ☐ |
| NEFROPATIA | SI ☐ NO ☐ | TRANSP. RENAL | SI ☐ NO ☐ | INSUFICIENCIA CARDIACA | SI ☐ NO ☐ |
| | | | | PIE DIABETICO | SI ☐ NO ☐ |

TIPO DE NEFROPATIA: .....

| ESTUDIOS | VALOR | FECHA | | VALOR | FECHA | | VALOR | FECHA | | VALOR | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GLUCEMIA EN AYUNAS | | | MICROALBUMINURIA | | | UREA | | | IMC | | |
| HBAIC | | | TA SISTOLICA | | | FLITRADO GLOMERULAR | | | PESO | | |
| LDLC | | | TA DIASTOLICA | | | | | | TALLA | | |
| TRIGLICERIDOS | | | CREATININA SERICA | | | FONDO DE OJO | | | CIRC. ABDOMINAL | | |

TRATAMIENTO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AUTOMONITOREO GLUCEMICO SI ☐ NO ☐ | ACTIVIDAD FISICA SI ☐ NO ☐ | CUMPLE ADECUADAMENTE TRAT. SI ☐ NO ☐ |
| FARMACOS ANTIHIPERTENSIVO SI ☐ NO ☐ | FARMACOS HIPOLIPEMIANTES SI ☐ NO ☐ | ACIDO ACETIL SALICILICO SI ☐ NO ☐ |
| HIPOGLUCEMIANTES ORALES SI ☐ NO ☐ | INSULINA BASAL SI ☐ NO ☐ | INSULINA DE CORRECION SI ☐ NO ☐ |

| TRATAMIENTO SOLICITADO | MONODROGAS | NOMBRE COMERCIAL | PRESENTACION | DOSIS DIARIA | CAJAS MENSUALES |
|---|---|---|---|---|---|
| HIPOGLUCEMIANTE | GLIBENCLAMIDA ☐ | | 5 mg. ☐ | mg. | |
| HIPOGLUCEMIANTE | METFORMINA ☐ | | 500 ☐ 750 ☐ 850 ☐ 1000 ☐ | mg. | |
| HIPOGLUCEMIANTE | GLIMEPIRIDA ☐ | | 2 mg. ☐ 4 mg. ☐ | mg. | |
| HIPOGLUCEMIANTE | GLIPIZIDA ☐ | | 5 mg. ☐ | mg. | |
| HIPOGLUCEMIANTES | OTROS | | | | |
| TIRAS REACTIVAS | ☐ | | SI ☐ NO ☐ | d/d. | |
| INSULINA | CTE ☐ LISPR ☐ ASPAR ☐ GLUL ☐ | | | U.I | |
| INSULINA | NPH ☐ DETEM ☐ GLARG ☐ DEGL ☐ | | | U.I | |
| INSULINA | NPH + CTE ☐ ASP. BIF ☐ LISP. MIX ☐ | | | U.I | |
| INSULINA | OTROS ☐ | | | U.I | |

***NOTA:*** *Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración" (Ley 25649, art. segundo).*

FIRMA DEL BENEFICIARIO/A

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MEDICO