

Formulario de empadronamiento de pacientes con diabetes

Alta Reempadronamiento Renovación Fecha _____ / _____ / _____

Apellido: _____ Nombre: _____

DNI: _____ Sexo: M F Indeterm. Fecha Nacimiento: _____ / _____ / _____

Complete los datos del domicilio (sea lo más específico posible)

Calle: _____ N°: _____ Manzana: _____ Sector: _____

Grupo: _____ Torre: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Entre calle 1: _____ Entre calle 2: _____

Barrio: _____ Localidad: _____

Departamento: _____ Teléfono de contacto: _____

Pertenece a Incluir Salud SI NO

Tipo de diabetes:

Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Otros Tipos

Historia Clínica

Peso (en Kg): Talla (en mts): IMC (Índice de masa corp.)

Laboratorio (Últimos 3 meses)

Fecha: / / HBA1C(en % o en G/dl): Glucemia (en mg/dg):

Complicaciones

Retinopatía Neuropatía Angor y / o Infarto

Nefropatía Pie diabético Hipertensión arterial

Se solicita: (Indicar dosis por día)

Insulina Lenta NPH: _____ u/días Glibencamida % mg _____ Comp./día
LANTUS: _____ u/días

Insulina Rápida Novorapid: _____ u/días Tiras Reactivas 50 () 100 () por /mes

Metformina 500: _____ Comp./día Monitor SI () NO () única vez
850: _____ Comp./día Lancetas _____ Por/mes

Datos de la persona que retira la medicación:

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Parentesco: _____

Lugar de atención y Medico Solicitante:

Lugar de Atención: _____

Nombre y Apellido: _____

Matricula: _____

Declaro que el paciente presenta registros médicos que demuestran su condición.

Firma y sello