

OBRA SOCIAL (SIGLAS)	OSPTV	Nº RNOS	120900		
DATOS DEL AFILIADO					
APELLIDO	CUIT/CUIL	EDAD	SEXO		
DOC TIPO	NRO.	FECHA DE NACIMIENTO	Nº AFILIADO		
TELÉFONO	TELÉFONO CELULAR				
CALLE	Nº	PISO	DPTO. C.P.		
LOCALIDAD	PROV.		BARRIO		
E-MAIL					
DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)					
APELLIDO	NOMBRE				
MATRÍCULA	ESPECIALIDAD				
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA					
DIAGNÓSTICO					
TIPO 1 <input type="checkbox"/>	TIPO 2 <input type="checkbox"/>	OTROS TIPOS <input type="checkbox"/>	FECHA DE REGISTRO		
FECHA DE DIAGNÓSTICO					
COMORBILIDADES					
DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>		
COMPLICACIONES					
HIPERTROFIA VENTRICULAR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO INSUF. CARDÍACA ACC. CEREBROVASCULAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RETINOPATÍA CEGUERA NEUROPATÍA PERIFÉRICA VASCULOPATÍA PERIFÉRICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AMPUTACIÓN DE MIEMBROS NEFROPATÍA DIÁLISIS TRANSP. RENAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESTUDIOS					
GLUCEMIA EN AYUNAS	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR
HBA1C			TA SISTÓLICA		INSPECCIÓN DE PIES
LDL			TA DIASTÓLICA		PESO
TRIGLICÉRIDOS			CREATININA		TALLA
			FONDO DE OJO		
TRATAMIENTO					
TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE (ESTATINAS U OTROS)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AUTOMONITOREO GLUCÉMICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD FÍSICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
ANTIAGREGACIÓN (ÁCIDO SALICÍLICO U OTROS)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BOMBA DE INSULINA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES
HIPOGLUCEMIANTE	GLIBENCLAMIDA <input type="checkbox"/>		5mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	METFORMINA <input type="checkbox"/>		500 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIMEPIRIDE <input type="checkbox"/>		2 mg <input type="checkbox"/> 4 mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIPIZIDA <input type="checkbox"/>		5 mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTES	OTROS				
TIRAS REACTIVAS	<input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	d/d	
INSULINA BASAL					U.I.
INSULINA DE CORRECCION					U.I.
OTRAS DROGAS					U.I.

FIRMA DEL BENEFICIARIO/A

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL MÉDICO