

• Datos personales del Beneficiario (por favor completar en letra clara)

Fecha:/...../.....

Apellido Nombre Legajo

Sexo D.N.I. N° Fecha de Nacimiento

Edad Peso Kg. Altura cm. Superficie corporal m2

Años de evolución de la enfermedad < de 5 años 6 a 10 años 11 a 20 años > de 21 años

Tipos de diabetes Tipo 1 (Insulinodependiente) Tipo 2 (No Insulinodependiente)

• Detalles del tratamiento

Monodroga	Nombre comercial	Dosis diaria

• Complicaciones

Retinopatía SI NO DESCONOCE PROLIFERANTE NO PROLIFERANTE

Dislipemia SI NO DESCONOCE

Nefropatía SI NO DESCONOCE

Neuropatía SI NO DESCONOCE

Úlcera de pie SI NO DESCONOCE

Cardiopatía Isquémica SI NO DESCONOCE

H.T.A SI NO DESCONOCE

Stroke SI NO DESCONOCE

• Promedio de glucemias anuales

< 150 mg. 150 a 200 mg. > 200 mg.

• Hemoglobina glicosilada

1er. consulta del año:/...../..... < 7 % 7 a 8 % 8 a 9 % > 9 %

última consulta del año:/...../..... < 7 % 7 a 8 % 8 a 9 % > 9 %

Colesterol total < 200 mg. % 201 a 300 mg. % > 301 mg. %

Colesterol HDL < 35 mg. % 36 a 45 mg. % > 46 mg. %

Colesterol LDL < 150 mg. % 151 a 200 mg. % 151 a 200 mg. % > 301 mg. %

Triglicéridos < 150 mg. % 151 a 200 mg. % > 201 mg. %

Microalbuminuria < 30 mg. / m. 31 a 200 mg. / m. > 200 mg. / m.

Creatinina < 0,6 mg. % 0,7 a 1,2 mg. % > 1,3 mg. %

Recibido en auditoría médica de DASUTeN Central/...../.....

.....
Firma del afiliado

.....
Firma y sello del Médico