

PROGRAMA DIABESS-NOA

INGRESO _____ REINGRESO _____

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre: _____ *Edad:

Fecha de Nacimiento: __/__/____/ *Documento N°: Sexo: M F

Domicilio/Localidad: _____ Afiliado OSEP N°:

Email: _____ Teléfono: _____

TIPO DE DIABETES

 Tipo 1

 Tipo 2

 LADA

 Gestacional

 Otros

FACTORES DE RIESGO: HTA _____ SEDENTARISMO _____ DISLIPEMIA _____ TABACO _____

Años de Antigüedad: _____ Antecedentes Familiares de Diabetes: _____

DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso: Talla: I.M.C.: C.C.:

COMPLICACIONES

Presenta Hipoglucemias: SI NO En caso afirmativo responde:

Grado: Leve Moderado Con pérdida de conocimiento Frecuencia Semanal: _____

Retinopatía: SI NO Neuropatía: SI NO

Nefropatía: SI NO Macrovascular: SI NO

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO

DROGA	DOSIS	MG-UI/DÍA	ANTIGÜEDAD
Metformina			
Glimepiride			
Gliclazida			
Insulina NPH			
Insulina Rápida			

LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

1	HbA1c (dos últimos valores): _____	LDL: _____
2	Glucemia de Ayuno (dos últimos valores): _____	
3	Fecha: __/__/____/ Normal _____	Patológico _____
4	Creatinina: _____	Clearance de Creatinina: _____
	Urea: _____	Microalbuminuria: _____
5	Examen de Pie: _____	Educación Diabetológica: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

Médico Tratante: _____ Matrícula: Firma y Sello: _____

Lugar: _____

Fecha: __/__/____/

Firma y aclaración del afiliado



EL FORMULARIO QUE DEBE SER COMPLETADO 1 VEZ AL AÑO – REEMPLAZA A LA HISTORIA CLÍNICA. DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD