

PLANILLA OBLIGATORIA TRATAMIENTO DIABETES

Ley N° 1156/14 – 621/16
Superintendencia de Servicios de Salud

N° CUIL		Apellido y Nombres					N° de Beneficiario	

Complicaciones	Si	No	Fecha
Dislipemia			
Obesidad			
Tabaquismo			
Hipertrofia Ventricular			
Inf. Agudo del Miocardio			
Insuficiencia Cardíaca			
A.C.V.			
Retinopatía			
Ceguera			
Neuropatía Periférica			
Vasculopatía Periférica			
Amputación			
Nefropatía			
Diálisis			
Presenta Hipoglucemia			
Trasplante Renal			
Macrovascular			

Laboratorios y Otros *	Valores	Fecha
Glucemia en Ayuno		
HBA1C		
LD.LC		
Triglicéridos		
Microalbuminuria		
Microalbuminuria	Normal?	Patológica?
T:A Sistólica		
T:A Diastólica		
Creatinina		
Fondo de ojos		
Fondo de ojos	Normal?	Retinopatía?
Función Renal		
Urea		
Examen de Pie		
Observaciones:		

Actividad y Tratamiento en curso	Si	No
Automonitoreo DBT		
Cumple Adec. con el tratamiento		
Realiza Actividad Física		

Actividad y Tratamiento en curso	Si	No
Fármacos Hipolipemiantes		
Fármacos Antihipertensivos		
Ácido Acetil Salicílico		

Medicamentos Utilizados:	Dosis /día	Comp./día	Comp./mes.

Insulinas	Marca	Presentación	Dosis/día	Cant. Aplic/día	Dosis/Mes

Tiras Reactivas	SI / NO.	Tipo / Marca	Cantidad / día.	Cantidad / mes.

*** ADJUNTAR COPIAS DE LABORATORIOS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS.**

...../...../.....

FECHA

Firma y Sello del Médico Tratante

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA
DIABETES TIPO I O II
Ley. Nº 1156/14 – 621/16 -731/23

- **DATOS DE BENEFICIARIO:**

<u>Apellido:</u>	<u>Nombre:</u>
<u>Nº de Beneficiario:</u>	<u>Nº de Documento:</u>
<u>Edad:</u>	<u>Sexo:</u>

- **FECHA DEL DIAGNOSTICO:**

--

- **ANTECEDENTES ENFERMEDAD ACTUAL:**

--

- **DETALLE DEL TRATAMIENTO INDICADO:**

--

- **TRATAMIENTOS ANTERIORES:**

--

*El resumen de Historia clínica deberá ser actualizado y presentado cada 6 meses, según resolución 731/2023 de la SSSalud.

.....
Firma y Sello del médico tratante.

...../...../.....
Fecha.