

Datos del beneficiario/a

Apellido y Nombres			N° CUIL			N° de Beneficiario		
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
DBT Tipo 1	DBT Tipo 2	Edad actual	Edad al diagnóstico	Antecedentes	Peso	Talla	IMC	CC
<input type="text"/>								

Complicaciones

	Sí	No	Fecha		Sí	No	Fecha		Sí	No	Fecha
Dislipemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	A.C.V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hipertrofia ventricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Neuropatía periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Trasplante renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Inf. agudo del miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Vasculopatía periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Macrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Amputación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				

Laboratorios

	Normal	Patológico	Valores	Fecha		Normal	Patológico	Valores	Fecha
Glucemia en ayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	T:A Diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HBA1C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Creatinina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LD.LC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fondo de ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Función renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Microalbuminuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Urea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T:A Sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Examen de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones

Actividad y tratamiento en curso

Automonitoreo DBT	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Realiza actividad física	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fármacos antihipertensivos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cumple adec. con el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fármacos hipolipemiantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ácido acetil salicílico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiras reactivas

Sí	No	Tipo/Marca	Dosis x Día	Comp. x Día
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Insulinas	Marca	Presentación	Dosis x Día	Aplic. x Día	Dosis x Mes
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Medicamentos utilizados

Medicamento	Dosis x Día	Comp. x Día	Comp. x Mes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adjuntar copias de laboratorios y exámenes complementarios

Fecha:

Firma y sello del médico tratante:

Datos del beneficiario/a

Apellido

Nombres

N° D.N.I

N° de beneficiario

Edad

Sexo

Resumen de Historia Clínica

Fecha de diagnóstico

Antecedentes enfermedad actual

Detalle del tratamiento indicado

Tratamientos anteriores

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

Fecha:

Firma y sello del médico tratante: