

## CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN de Personas con DIABETES

### ¡IMPORTANTE!

**Sr. Profesional:**

Esta Planilla debe ser completada en su totalidad, de forma clara y fidedigna para que el paciente pueda ingresar al PLAN DIABETICOS, ya que la cobertura ofrecida se registrará **absolutamente** por este Certificado.

En caso de estar incompleta o ilegible, el paciente deberá volver a su médico para que realice las correcciones necesarias.

Deberá ser completada y presentada en la Obra Social 1 (una) vez al año. Si el tratamiento se modifica antes de este tiempo, el médico tratante deberá llenar nuevamente la planilla con las modificaciones.

#### DATOS FILIATORIOS (A completar por el Paciente)

Apellido y Nombre:			DNI:
Edad:	Sexo: M F	Domicilio:	
Tel:		E-mail:	

#### TIPO DE DIABETES (A completar por el Profesional)

TIPO 1	TIPO 2	GESTACIONAL
--------	--------	-------------

Otros tipos de Diabetes:

Años de antigüedad:

Antecedentes familiares de Diabetes:


#### DATOS ANTROPOMÉTRICOS

PESO	TALLA	IMC	CC
------	-------	-----	----

#### COMPLICACIONES

1. Presenta hipoglucemias : SI - NO En caso afirmativo responder:

Grado:

....Leve ....Moderada ....Con pérdida de conocimiento Frecuencia semanal: .....veces

2. Retinopatía: SI - NO

4. Neuropatía: SI - NO

3. Nefropatía: SI - NO

5. Macrovascular: SI - NO

*(continúa al dorso)*

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO			
FÁRMACO	DOSIS	MG/DIA	ANTIGÜEDAD
Metformina			
Glibenclamida			
Glicazida			
Insulina NPH			
Insulina CORRIENTE			
Otros			
TIRAS REACTIVAS semanales (aprox):			
LABORATORIO Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS			
1- HbA1c (dos últimos valores):			
2- Glucemia de ayuno (dos últimos valores):			
3- Fondo de ojo:			
4- Función renal:			
Creatinina:	Urea:	Clearence de creatinina:	
Microalbuminuria:			
5- Examen de pie:			

**Lugar y fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma y Sello Médico:**