

ANEXO I

CERTIFICADO PARA LA ACREDITACION DE LA CONDICION DE PERSONAS CON DIABETES

OBRA SOCIAL:

ALTA DEL BENEFICIARIO	
CUIL	Obra Social
Apellido y Nombre	Teléfono / Celular
Fecha de presentación __ / __ / ____	Fecha de renovación __ / __ / ____
Dirección	Correo electrónico

DIAGNOSTICO			
TIPO DE DIABETES	TIPO 1	TIPO 2	GESTACIONAL
Fecha del Registro __ / __ / ____			
Edad al Diagnostico			
Dislipemia	SI	NO	
Hipertensión	SI	NO	
Obesidad	SI	NO	
Tabaquismo	SI	NO	

COMPLICACIONES			FECHA DE DETECCION
Hipertrofia Ventricular	SI	NO	__ / __ / __
Infarto Agudo de Miocardio	SI	NO	__ / __ / __
Insuficiencia Cardiaca	SI	NO	__ / __ / __
Accidente Cerebrovascular	SI	NO	__ / __ / __
Retinopatía	SI	NO	__ / __ / __
Ceguera	SI	NO	__ / __ / __
Neuropatía Periférica	SI	NO	__ / __ / __
Vasculopatía Periférica	SI	NO	__ / __ / __
Amputación	SI	NO	__ / __ / __
Nefropatía	SI	NO	__ / __ / __
Diálisis	SI	NO	__ / __ / __
Trasplante Renal	SI	NO	__ / __ / __

ESTUDIOS		
	Resultado	Fecha de Estudio
Glucemia en Ayunas		__/__/__
HbA1C		__/__/__
LDLc		__/__/__
Triglicéridos		__/__/__
Microalbuminuria (Ej: Patológico)		__/__/__
TA Sistólica		__/__/__
TA Diastólica		__/__/__
Creatinina Sérica		__/__/__
Fondo de Ojo		__/__/__
Peso		__/__/__
Talla		__/__/__
Circunferencia Abdominal		__/__/__

TRATAMIENTO			DESDE	OBSERVACIONES
Automonitoreo Glucemia	SI	NO	__/__/__	
Actividad Física	SI	NO	__/__/__	
Cumple Tratamiento	SI	NO	__/__/__	
Fármacos Antihipertensivos	SI	NO	__/__/__	
Fármacos Hipolipemiantes	SI	NO	__/__/__	
Acido Acetil Salicílico	SI	NO	__/__/__	
Hipoglucemiantes Orales	SI	NO	CUAL	
			DOSIS MG/DIA	
Insulina Basal	SI	NO	TIPO	
			DOSIS	
			MARCA	
Insulina de Corrección	SI	NO	TIPO	
			DOSIS	
			MARCA	

Firma afiliado

Firma y sello profesional