



## PLANILLA DE EMPADRONAMIENTO DIABETES

NOMBRE Y APELLIDO:

Semestre:

N° BENEFICIARIO:

EDAD:

PESO:

TELEFONO;

ESTIMADO PROFESIONAL: POR FAVOR ENCIERRE EN UN CIRCULO LA RESPUESTA CORRECTA Y COMPLETE EN SU TOTALIDAD TODOS LOS CAMPOS:

TIPO DBT	TIPO I	TIPO II	OBESIDAD	SI	NO
DISLIPEMIAS	SI	NO	TABAQUISMO	SI	NO
<u>COMPLICACIONES</u>		<u>FECHA:</u>	<u>ESTUDIOS:</u>	<u>VALOR:</u>	<u>FECHA:</u>
HIPERTROFIA VENTRICULAR	SI / NO		GLUCEMIA AYUNAS	EN	
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	SI / NO		HBA1C		
INSUFICIENCIA CARDIACA	SI / NO		LDLc		
ACV	SI / NO		TRIGLICERIDOS		
RETINOPATIA	SI / NO		MICROALBUMINURIA		
CEGUERA	SI / NO		TA SISTOLICA		
NEUROPATIA PERIFERICA	SI / NO		TA DIASTOLICA		
VASCULOPATIA PERIFERICA	SI / NO		CREATININA SERICA		
AMPUTACION	SI / NO		FONDO DE OJO		
NEFROPATIA	SI / NO		PESO		
DIALISIS	SI / NO		TALLA		
TRASPLANTE RENAL	SI / NO		CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL		
<u>TRATAMIENTOS</u>					
AUTOMONITOREO GLUCEMICO	SI	NO			
ACTIVIDAD FISICA	SI	NO			
CUMPLE ADECUADAMENTE TTO	SI	NO			
FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS	SI	NO			
FARMACOS HIPOLIPEMIANTES	SI	NO			
ACIDO ACETILSALICILICO	SI	NO			

MEDICAMENTOS ESPECIFICOS

INSULINA	TIPO	DOSIS
	BASAL / CORRECCION	

## HIPOGLUCEMIANTES ORALES

DROGA	DOSIS

Lugar y Fecha

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

Teléfono del medico

Horario de contacto