



PLANILLA DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE DIABETES POR BENEFICIARIO

Sr. Profesional: para simplificar la dispensa de medicación, solicitamos se complete el presente formulario. **A partir del mismo la solicitud de los medicamentos empadronados podrá realizarse en forma anual.**

La prescripción debe cumplir con lo regulado en la resolución 2021/25.

Apellidos y nombres:

N° de CUIL: - -

TIPO DE DIABETES (marcar con un tilde lo que corresponde)

Tipo 1 ☐ / Tipo 2 ☐ Fecha del registro: / / Edad del diagnóstico:

Dislipemia: SI ☐ NO ☐

Obesidad: SI ☐ NO ☐

Tabaquismo: SI ☐ NO ☐

COMPLICACIONES (marcar con un tilde lo que corresponde)

☐ Hipertrofia Ventricular

☐ Neuropatía Periférica

☐ Infarto Agudo de Miocardio

☐ Vasculopatía Periférica

☐ Insuficiencia Cardíaca

☐ Amputación

☐ Accidente Cerebrovascular

☐ Nefropatía

☐ Retinopatía

☐ Diálisis

☐ Ceguera

☐ Trasplante Renal

RESULTADOS DE ESTUDIOS (marcar los resultados de los estudios y colocar la fecha. En el caso de microalbuminuria y fondo de ojos marcar con un círculo lo que CORRESPONDA).

☐ Glucemia en Ayunas: Fecha: / /

☐ HbA1C: Fecha: / /

☐ LDLc: Fecha: / /

☐ Triglicéridos: Fecha: / /

☐ Microalbuminuria: Normal/ Patológico Fecha: / /

☐ TA Sistólica: Fecha: / /

☐ TA Diastólica: Fecha: / /

☐ Creatinina Sérica: Fecha: / /

☐ Fondo de Ojo: Normal/ Retinopatía Diabética Fecha: / /

☐ Inspección de pies: Normal/ Alterado/ No realizado Fecha: / /

☐ Peso: Fecha: / /

☐ Talla: Fecha: / /

☐ Circunferencia Abdominal: Fecha: / /

TRATAMIENTO (marcar con un tilde lo que corresponde. En el caso de insulino dependiente colocar el código del siguiente listado).

☐ Automonitoreo Glucémico

☐ Actividad Física

☐ Cumple adecuadamente Tratamiento

☐ Fármacos Antihipertensivos

[illegible]



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: O.S.P.I.V.

RNAS: 1-2250-0

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Sexo: ☐ F ☐ M

DNI N°:

Beneficiario N°:

Diagnóstico:

Antecedentes de la enfermedad: _____

Fundamentación Médica (con detalle de dosis diaria y mensual requerida): _____

Tiempo de tratamiento previsto: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y sello de médico tratante



CONFORMIDAD DE LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Quién suscribe _____

con CUIL ----- beneficiario de la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
LA INDUSTRIA DEL VIDRIO Y AFINES. (O.S.P.I.V.), con

domicilio en calle _____ N° _____

Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____

Provincia _____, TEL: _____ declaro por la presente

mi conformidad para someterme al tratamiento _____ de Medicación, el _____ cual
se detalla a continuación (aclarar tratamiento _____ y período): _____

En la ciudad de _____ Provincia _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del titular o Tutor, Aclaración y DNI N°

Firma y sello de médico tratante