



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:

Nº de CUIL: - - -

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

Tipo 1 <input type="checkbox"/> / Tipo 2 <input type="checkbox"/>	Fecha del registro: / /	Edad del diagnóstico:
---	-------------------------	-----------------------

Dislipemia: SI NO

Obesidad: SI NO

Tabaquismo: SI NO

COMPLICACIONES (marcar con un tilde lo que corresponde)

<input type="checkbox"/> Hipertrofia Ventricular	<input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica
<input type="checkbox"/> Infarto Agudo de Miocardio	<input type="checkbox"/> Vasculopatía Periférica
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Amputación
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Nefropatía
<input type="checkbox"/> Retinopatía	<input type="checkbox"/> Diálisis
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Trasplante Renal

RESULTADOS DE ESTUDIOS (marcar los resultados de los 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 Serica: 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).

Automonitordeo Glucémico Actividad Física

Cumple adecuadamente Tratamiento Fármacos Antihipertensivos



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 (aclurar 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