

### Solicitud de Medicamentos e Insumos para Diabetes

- Ante el requerimiento de medicación y/o insumos para diabetes presentar en la Obra Social:

#### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES		
FECHA Y AÑO:		
APELLIDO:	NOMBRE:	
Nº DE BENEFICIARIO:	DNI Nº:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO:
DOMICILIO:	TELÉFONO:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	
COMPLICACIONES		
CARDIOVASCULARES	FECHA	
Hipertensión ventrículo izquierdo		
Infarto agudo de miocardio		
Stent		
Cirugía revascularización miocárdica		
Insuficiencia cardíaca		
Accidente isquémico transitorio		
Accidente cerebro vascular		
Vasculopatía periférica		
RENALES	FECHA	
Insuficiencia renal crónica		
Nefropatía		
Diálisis		
Transplante renal		
OFTALMOLÓGICAS	FECHA	
Retinopatía		
Ceguera		
OTROS	FECHA	
Neuropatías		
Úlcera de pie		
Pie diabético		
Amputaciones		
Hipoglucemiantes		

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO MÉDICO AUDITOR

**OTROS TRATAMIENTOS**

MEDICAMENTO POR NOMBRE GENÉRICO	UNIDADES POR TOMA	TOMAS POR DÍA	TOMAS POR SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

**FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTILO DE VIDA	Cumple tratamiento farmacológico SI-NO
Automonitoreo SI-NO N° de veces por día /semana	Educación diabetologica Si-NO
Actividad Física SI-NO	Plan de alimentación saludable? SI-NO
En caso de fumador, dejo de fumar? SI-NO	Cumple indicaciones dietarias? SI-NO

Médico tratante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO MÉDICO AUDITOR