

# FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PARA PACIENTES DIABETICOS

## (Resolución 1156/2014)

Este formulario debe ser completado cada 6 meses junto con la receta original de los fármacos o ante cada modificación de tratamiento.

DATOS PERSONALES				
Nombre y Apellido:				
Número de Historia Clínica:			DNI:	
Edad:		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Tipo de Diabetes	Tipo 1 <input type="checkbox"/>	Tipo 2 <input type="checkbox"/>	Gestacional <input type="checkbox"/>	Otro tipo de diabetes <input type="checkbox"/>
Años de Antigüedad	Antecedentes Familiares de Diabetes			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Peso		Talla		Circunferencia Cintura (medida a la altura del ombligo)	
------	--	-------	--	--	--

COMPLICACIONES	
Presenta hipoglucemias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo responda:	
Grado: Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/>	Con Pérdida de Conocimiento <input type="checkbox"/> Frecuencia Semanal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> veces
Retinopatía Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Glaucoma Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nefropatía Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Neuropatía Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hipertensión Arterial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Macrovascular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO			
Fármaco	Dosis	Antigüedad (comienzo de este tratamiento)	Cobertura (A completar por Auditoría Médica)
Metformina			
Glibenclamida			
Gliclazida			
Insulina NPH			
Insulina CORRIENTE			
Análogos			
Lancetas			
Tiras reactivas			
Otros fármacos o insumos para el tratamiento de la diabetes:			

LABORATORIOS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS		
HbA1c (Últimos dos valores)		
Glucemia de ayuno (Últimos dos valores)		
Fecha último Fondo de Ojo	____/____/____	
Función Renal	Creatinina:	Urea:
	Clearance de Creatinina:	Microalbuminuria:
Exámen de Pie:	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:

ESPECIALIDAD:

INSTITUCION:

(Completar sólo si no pertenece al CEMIC)

FECHA:

**CEMIC**

CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA  
E INVESTIGACIONES CLÍNICAS  
"NORBERTO QUIRNO"  
Fundado en 1958