

DATOS DEL BENEFICIARIO		GENERO	CREDENCIAL																																												
APELLIDO Y NOMBRES		Fem. <input type="checkbox"/>	CUIL																																												
		Masc. <input type="checkbox"/>																																													
DOMICILIO		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		INGRESOS PROM. (\$)		OBRA SOCIAL																																							
TELEFONO () -		<table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><th>día</th><th>mes</th><th>año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		día	mes	año				<table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><td colspan="2">casado</td><td colspan="2">unión estable</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">soltero</td><td colspan="2">otro</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		casado		unión estable		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	soltero		otro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><td><300</td><td>300-600</td><td>>600</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		<300	300-600	>600	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><td colspan="2">si</td><td colspan="2">no</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				si		no		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
día	mes	año																																													
casado		unión estable																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
soltero		otro																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<300	300-600	>600																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
si		no																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
LOCALIDAD																																															
DEPARTAMENTO																																															
FICHA MÉDICA		FACTORES DE RIESGO C.V.				DATOS CLÍNICOS																																									
FECHA DE DIAGNOSTICO <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><th>día</th><th>mes</th><th>año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		día	mes	año				TIPO 1 DIABETES <input type="checkbox"/> TIPO 2 DIABETES <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>				PESO <table border="1" style="font-size: 8px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Kg.						TA (max) <table border="1" style="font-size: 8px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> (min) <table border="1" style="font-size: 8px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> mmHg																													
día	mes	año																																													
INGRESO A PROGRAMA 1ra. vez <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/>		TABACO <input type="checkbox"/> SEDENTARISMO <input type="checkbox"/> DISLIPEMIA <input type="checkbox"/> OBESIDAD <input type="checkbox"/>				TALLA <table border="1" style="font-size: 8px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> cm.						IMC <table border="1" style="font-size: 8px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				PERIM. CINTURA <table border="1" style="font-size: 8px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> cm.																															
HTA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																																															
ORGANOS BLANCO		OJOS - RETINOPATIA				DATOS DE LABORATORIO																																									
APARATO CIRCULATORIO ANGIOPLASTIA / BY PASS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		NO PROLIFERATIVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> PREPROLIFERATIVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROLIFERATIVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				COLESTEROL TOTAL <input type="checkbox"/> <200 mg/dl <input type="checkbox"/> 200 a 240 mg/dl <input type="checkbox"/> >240 mg/dl		COLESTEROL HDL <input type="checkbox"/> <35 mg/dl <input type="checkbox"/> 35 a 45 mg/dl <input type="checkbox"/> >45 mg/dl																																							
IAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		RIÑON NEFROPATIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> desconoce <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> clínica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sub clínica <input type="checkbox"/>				COLESTEROL LDL <input type="checkbox"/> <100 mg/dl <input type="checkbox"/> 100 a 130 mg/dl <input type="checkbox"/> 131 a 160 mg/dl <input type="checkbox"/> >160 mg/dl		GLUCEMIAS EN AYUNAS <input type="checkbox"/> <100 mg/dl <input type="checkbox"/> 110 a 140 mg/dl <input type="checkbox"/> 150 a 200 mg/dl <input type="checkbox"/> >200 mg/dl																																							
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS		OBS.. _____ _____ _____				CREATININA <input type="checkbox"/> <0.7 mg/dl <input type="checkbox"/> 0.70 a 1.20 mg/dl <input type="checkbox"/> 1.21 a 2 mg/dl <input type="checkbox"/> >2 mg/dl		TRIGLICERIDOS <input type="checkbox"/> <150 mg/dl <input type="checkbox"/> 150 a 200 mg/dl <input type="checkbox"/> >200 mg/dl																																							
Rx DE TORAX <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><th>día</th><th>mes</th><th>año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> (-) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/>		día	mes	año				OBS.. _____ _____ _____				HEMATOCRITO <input type="checkbox"/> <40 mg/dl <input type="checkbox"/> 40 mg/dl <input type="checkbox"/> >40 mg/dl		UREMIA <input type="checkbox"/> 0.10 a 0.40 mg/dl <input type="checkbox"/> >40 mg/dl																																	
día	mes	año																																													
E.C.G. <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><th>día</th><th>mes</th><th>año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> (-) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/>		día	mes	año				OBS.. _____ _____ _____				ECOCARDIOGRAMA <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><th>día</th><th>mes</th><th>año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> (-) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/>		día	mes	año																															
día	mes	año																																													
día	mes	año																																													
OBS.. _____ _____ _____																																															

Toda casilla amarilla indica alerta

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| ¿Realizo cursos de educación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cumple plan de alimentación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Realiza actividad física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se controla la TA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PLAN ALIMENTARIO

TIPO _____

OBSERVACIONES

INTERNACIONES (último año)

CAUSA

FECHA INTERNACIÓN		
día	mes	año

CANTIDAD DE DIAS	

FECHA INTERNACIÓN		
día	mes	año

CANTIDAD DE DIAS	

CAUSA

FECHA INTERNACIÓN		
día	mes	año

CANTIDAD DE DIAS	

CAUSA

TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS

TRATAMIENTO / MEDICAMENTO / DOSIS

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | NO | SI |
| Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dislipidemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES

MÉDICO CABECERA

APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO PROFESIONAL:

TELÉFONO LABORAL:

TELÉFONO PERSONAL:

E-MAIL:

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO
DEL PROFESIONAL