



LUGAR Y FECHA _____

DIABETES MELLITUS

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ **EDAD:** _____

DOMICILIO: _____

N° DE AFILIADO: _____

DIAGNÓSTICO (marcar lo que corresponda con una cruz)

TIPO 1 TIPO 2 GESTACIONAL OTROS TIPOS

.FECHA DE DX. _____ AÑOS DE DX. DE DIABETES: _____

Exámen Físico

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

CIRC. DE CINTURA: _____ EX. DE PIE, SENSACIÓN PROTECTORA: PRESENTE AUSENTE

Comorbilidades asociadas

DISLIPEMIA OBESIDAD TABAQUISMO HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Complicaciones de la DBT (puede ser ninguna o todas)

HIPERTROFIA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO NEUROPATÍA PERIFÉRICA
 INFARTO DE MIOCARDIO VASCULOPATÍA PERIFÉRICA
 INSUFICIENCIA CARDIACA AMPUTACIÓN DE MIEMBROS
 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NEFROPATÍA
 RETINOPATÍA DIÁLISIS
 CEGUERA TRASPLANTE RENAL

Estudios complementarios

<input type="checkbox"/> GLUCEMIA	RESULTADO	
<input type="checkbox"/> HBA1C	RESULTADO	
<input type="checkbox"/> LDL	RESULTADO	
<input type="checkbox"/> TRIGLICÉRIDOS	RESULTADO	
<input type="checkbox"/> MICROALBUMINURIA	RESULTADO	Normal / Patológico
<input type="checkbox"/> TAS	RESULTADO	
<input type="checkbox"/> TAD	RESULTADO	
<input type="checkbox"/> CREATININA	RESULTADO	
<input type="checkbox"/> FONDO DE OJOS	RESULTADO	Normal / Retinopatía Diabética
<input type="checkbox"/> INSPECCIÓN DE PIES	RESULTADO	



LUGAR Y FECHA _____

DIABETES MELLITUS

Tratamiento

PLAN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

ACTIVIDAD FÍSICA

HIPOLIPEMIANTE

ÁCIDO SALICÍLICO

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

HIPOGLUCEMIANTES ORALES

ANTIHIPERTENSIVOS

INSULINA

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO
METFORMINA			
SULFONILUREAS (ESPECIFICAR CUÁL):			
IDPP4 (ESPECIFICAR CUÁL):			
PIOGLITAZONA			
ISGLT2 (ESPECIFICAR CUÁL):			
INSULINA BASAL (ESPECIFICAR CUÁL):	<input type="checkbox"/> Vial <input type="checkbox"/> Lapicera		

TELÉFONO

EMAIL

FIRMA Y SELLO



LUGAR Y FECHA _____

DIABETES MELLITUS

Actualización anual - Estudios complementarios

<input type="checkbox"/>	GLUCEMIA	RESULTADO	
<input type="checkbox"/>	HBA1C	RESULTADO	
<input type="checkbox"/>	LDL	RESULTADO	
<input type="checkbox"/>	TRIGLICÉRIDOS	RESULTADO	
<input type="checkbox"/>	MICROALBUMINURIA	RESULTADO	Normal / Patológico
<input type="checkbox"/>	TAS	RESULTADO	
<input type="checkbox"/>	TAD	RESULTADO	
<input type="checkbox"/>	CREATININA	RESULTADO	
<input type="checkbox"/>	FONDO DE OJOS	RESULTADO	Normal / Retinopatía Diabética
<input type="checkbox"/>	INSPECCIÓN DE PIES	RESULTADO	
<input type="checkbox"/>	PESO	RESULTADO	
<input type="checkbox"/>	TALLA	RESULTADO	
<input type="checkbox"/>	CIRC. ABDOMINAL	RESULTADO	

Tratamiento

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PLAN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE | <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA |
| <input type="checkbox"/> ACTIVIDAD FÍSICA | <input type="checkbox"/> HIPOGLUCEMIANTES ORALES |
| <input type="checkbox"/> HIPOLIPEMIANTES | <input type="checkbox"/> ANTIHIPERTENSIVOS |
| <input type="checkbox"/> ÁCIDO SALICÍLICO | <input type="checkbox"/> INSULINA |

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO
METFORMINA			
SULFONILUREAS (ESPECIFICAR CUÁL):			
IDPP4 (ESPECIFICAR CUÁL):			
PIOGLITAZONA			
ISGLT2 (ESPECIFICAR CUÁL):			
INSULINA BASAL (ESPECIFICAR CUÁL):	<input type="checkbox"/> Vial <input type="checkbox"/> Lapicera		