



PLANILLA DE DIABETES

FECHA: _____

Nº de Afiliado: _____

Apellido y Nombres: _____ Sexo F M

Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____ BMI: _____

TIPO DE DIABETES: I Insulinotratado Gestacional

Edad al diagnóstico (años): _____ Antigüedad diabetes (años): _____

Antecedentes de Acidosis y Coma No Sí
 Antecedentes de Hipoglucemia: No Leve Moderada Severa
 Hipertensión: No Sí
 Dislipidemia: No Sí

TRATAMIENTOS

a) Dieta (DBT o Dislip.): Cumple No Sí

b) Insulina⁴

Tipo de Insulina	Ultrarápida	Corriente	NPH	Lenta	Ultralenta
Marca					
Frasco ampolla					
FlexPen					
Penfil					
Otros					
Dosis diaria (unidades)					

c) ¿Consume agentes orales? No Sí

Medicación oral requerida: _____

d) Tiras reactivas Marca: _____ Cantidad: _____

ANTECEDENTES

Retinopatía No No proliferativa Proliferativa Ceguera
 Cardiopatía Isquémica No Sí
 IAM No Sí
 ACV No Sí
 Pulso Pedio o Tibial Posterior Presentes Ausentes
 Cirugía Cardiovascular No Sí
 Amputaciones MMII No Sí
 Microalbuminuria No Sí
 Creatinina <2mg/dl. No Sí Proteinuria Hemodiálisis

 Firma y sello del Médico