



Instituto
de Seguros
de Jujuy

Formulario de Incorporación Programa DIABESS NOA



DATOS DEL BENEFICIARIO				GENERO		CREDENCIAL									
APELLIDO Y NOMBRES				Fem.		Nro.									
				Masc.				CUIL							
DOMICILIO				FECHA DE NACIMIENTO				ESTADO CIVIL				FACTORES DE RIESGO C.V.			
TELEFONO () -				día mes año				casado unión estable soltero otro				HTA <input type="checkbox"/> SEDENTARISMO <input type="checkbox"/> TABACO <input type="checkbox"/> DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>			
LOCALIDAD															
DEPARTAMENTO															
FICHA MEDICA				DATOS CLINICOS				COMPLICACIONES							
DIABETES				PESO				TA (max) (min)				Consigne los episodios ocurridos en el último año			
TIPO 1 <input type="checkbox"/>				Kg.				mmHg				HIPOGLUCEMIAS SEVERAS CETOACIDOSIS			
TIPO 2 <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R				TALLA				IMC				CANTIDAD CANTIDAD			
GESTACIONAL <input type="checkbox"/>				cm.				PERIM. CINTURA				cm.			
OTRO <input type="checkbox"/>															
INGRESO A PROGRAMA															
1ra. VEZ <input type="checkbox"/> REINGRESO <input type="checkbox"/>															
ORGANOS BLANCO				PIES				DATOS DE LABORATORIO				COLESTEROL LDL			
OJOS				EXAMEN ULTIMO AÑO				ULTIMA Hb GLICOSILADA				<100 mg%			
AMAUROSIS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				día mes año <input type="checkbox"/> <7%				100 a 130 mg%			
CATARATAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				AUSENCIA DE PULSO PEDIO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				7 a 8% <input type="checkbox"/>				131 a 160 mg%			
FONDO DE OJOS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				AUSENCIA DE REFLEJOS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				8.1 a 9% <input type="checkbox"/>				>160 mg%			
RETINOPATIA				ALTERAC. SENSIBILIDAD <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				GLUCEMIAS EN AYUNAS				COLESTEROL HDL			
NO PROLIFERATIVA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				ULCERA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				<110 mg/dl <input type="checkbox"/>				<35 mg%			
PREPROLIFERATIVA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				ANGIOPLASTIA / BY PASS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				110 a 140 mg/dl <input type="checkbox"/>				35 a 45 mg%			
PROLIFERATIVA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				AMPUTACION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				150 a 200 mg/dl <input type="checkbox"/>				>45 mg%			
APARATO CIRCULATORIO				RIÑON				TRIGLICERIDOS				COLESTEROL TOTAL			
ANGIOPLASTIA / BY PASS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				INGRESO A DIALISIS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				<150 mg% <input type="checkbox"/>				<200 mg%			
IAM <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				NEFROPATIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				150 a 200 mg% <input type="checkbox"/>				200 a 240 mg%			
ACV <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				desconoce <input type="checkbox"/>				>200 mg% <input type="checkbox"/>				>240 mg%			
				clínica <input type="checkbox"/>				PROTEINURIA				CREATININA			
				sub clínica <input type="checkbox"/>				No <input type="checkbox"/>				0.70 a 1.20 mg%			
								Si <input type="checkbox"/>				1.21 a 2 mg%			
												>2 mg%			
TRATAMIENTO				TIRAS REACTIVAS											
INSULINA				CONSUMO MENSUAL											
HUM <input type="checkbox"/>				NO <input type="checkbox"/>											
NPH <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/>											
AÑO INICIO															
U.I.															
NOMBRE COMERCIAL:				HIPOGLUCEMIANTE											
				1- GENERICO:								AÑO INICIO			
				NOMBRE COMERCIAL:								mg. U.I.			
				2- GENERICO:											
				NOMBRE COMERCIAL:								mg. U.I.			
				3- GENERICO:											
				NOMBRE COMERCIAL:								mg. U.I.			

Toda casilla amarilla indica alerta

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

¿Realizó cursos de educación? SI NO

¿Realiza monitoreo? NO

¿Controla sus pies? NO

En caso de usar insulina, ¿el paciente se la administra? NO

¿Sabe ajustar la dosis de insulina? SI NO

¿Tiene monitor de glucemia? NO

¿Cumple plan de alimentación? NO

INTERNACIONES (último año)

CAUSA _____

FECHA INTERNACION			CANTIDAD DE DIAS
día	mes	año	

CAUSA _____

FECHA INTERNACION			CANTIDAD DE DIAS
día	mes	año	

CAUSA _____

FECHA INTERNACION			CANTIDAD DE DIAS
día	mes	año	

TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS

TRATAMIENTO / MEDICAMENTO / DOSIS

Hipertensión Arterial NO SI

Dislipidemia NO

Hipotiroidismo NO

Otros NO

OBSERVACIONES

MEDICO TRATANTE

APELLIDO Y NOMBRES: _____

DOMICILIO PROFESIONAL: _____

TELEFONO LABORAL: _____ TELEFONO PERSONAL: _____

E-MAIL: _____

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FIRMA Y SELLO
DEL PROFESIONAL

Toda casilla amarilla indica alerta