



Obra Social del Personal Administrativo y Técnico
de la Construcción y Afines
Registro Nacional de Obras Sociales N° 10530/9

Certificado de Acreditación para la Persona con Diabetes

Resolución N°1156/2014 M. S. – Resolución N° 1711/2014 Superintendencia de Servicios de Salud

Ficha de Relevamiento

Fecha de Registro: CUIT/CUIL:

N° de Afiliado: N° DNI: Fecha de Nacimiento:

Nombre y Apellido: _____
Domicilio: _____ Tel: _____

Ficha Médica

Talla: _____ cm Peso: _____ kg Perímetro Abdominal: _____ cm

Diabetes: Tipo 1: Tipo 2: Gestacional: Año de Inicio de la Diabetes:

Tratamiento

	Monodroga			Origen			Nombre Comercial	Dosis Diaria	Año de Inicio de Tratamiento
	CTE	LISPR	ASPAR	BOV	POR	HUM			
Insulina	CTE	LISPR	ASPAR	BOV	POR	HUM		UI	
Insulina	NPH	LENTA	ULT. L.	BOV	POR	HUM		UI	
Otras Insulinas				BOV	POR	HUM		UI	
Hipoglucemiante	Metformina			500	850	1000		mg	
Hipoglucemiante	Gliclazida			80mg		60mg MR		mg	
Hipoglucemiante	Glimepirida			2mg		4mg		mg	
Hipoglucemiante	Rosiglitazona			4mg		8mg		mg	
Hipoglucemiante	Vildagliptina							mg	
Hipoglucemiante	Saxagliptina							mg	
Otros Hipoglucemiantes								mg	
Tiras Reactivas	Lectura Visual			Biosensor				d/d	
Otros									

Control de Evolución

Microalbuminuria: Normal: Patológico:

Complicaciones y Año de Inicio

Retinopatía	Nefropatía	Pie diabético	Dislipemia	Obesidad	Tabaco	Neuropatía
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Desconoce
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Diálisis	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Año			<input type="checkbox"/> Año
<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Transplante Renal					
	<input type="checkbox"/> Año					
HTA	Vasculopatía Periférica	IAM	Hipertrofia Ventricular	Insuficiencia Cardíaca	ACV	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Desconoce
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Año

Tratamiento de Complicaciones

Hipolipemiantes	Antihipertensivos	Ácido Acetil Salicílico	Actividad Física	Cumple el tratamiento
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No



**Obra Social del Personal Administrativo y Técnico
de la Construcción y Afines**
Registro Nacional de Obras Sociales N° 10530/9

Controles	Resultado	Fecha
Glucemia en Ayunas		
Rango: 0 – 1500 y la unidad se expresa en "mg/dL"		
HbA1C		
Rango: 1 – 20 (permitir comas hasta dos espacios) y se expresa en unidad "%"		
LDLc		
Rango: 0 – 1000 y la unidad se expresa en "mg/dL"		
Triglicéridos		
Rango: 0 – 2000 y la unidad se expresa en "mg/dL"		
Microalbuminuria		
TA sistólica		
TA diastólica		
Creatinina Sérica		
Fondo de Ojo		

Tratamiento

- ✓ Cambios de estilo de vida
- ✓ Farmacológico
- ✓ Automonitoreo glucémico
- ✓ Actividad física
- ✓ Cumple adecuadamente tratamiento

Médico tratante: _____
 Domicilio: _____
 Tel.: _____
 Lugar y Fecha: _____

M.N.:

--	--	--	--	--	--

 M.P.:

--	--	--	--	--	--

Firma y Sello