



FICHA REGISTRO - LEY DIABETES

Nombre y apellido: _____ Sexo: _____ Edad: ____ D.N.I.: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Obra social: _____ Afiliado: 800006- _____

Dirección: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____

Esquema terapéutico actual

Hipoglucemiantes orales

MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	FORMA FARMAC.	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL

Insulinas

TIPO DE INSULINA	NOMBRE COMERCIAL	ORIGEN	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL

Cantidad y tipo de jeringas/agujas (mensual): _____

Cantidad y tipo de lancetas (mensual): _____

Cantidad y marca de tiras reactivas (mensual): _____

Otras medicaciones (IECA, Hipolipemiantes): _____

Observaciones: _____

Este protocolo debe ser completado por el Profesional tratante y presentado a Auditoria Medica, debiendo ser actualizado cada 6 meses.

*Médicos especialistas en Endocrinología y/o Nutrición, y aquellos especialistas en Clínica Médica, Medicina General y Pediatría, que acrediten capacitación en Diabetes (Especialización Universitaria a través de carreras de especialización y/o maestrías, capacitación en sociedades científicas afines) y un mínimo de cinco años de trabajo en un Servicio acreditado donde se traten pacientes con esta patología.

Fecha: ____/____/____

_____ Firma y sello del Profesional*