

N° de Expediente: \_\_\_\_\_

**Estimado Socio:** Su médico deberá completar esta ficha. Una vez completa, la misma debe ser enviada a nuestra administración por alguno de nuestros canales de contacto (App Jerárquicos Móvil, Sitio exclusivo: Mi JS).

**Estimado Profesional:** Esta ficha fue diseñada para la evaluación y seguimiento del tratamiento de su paciente. Los datos que aquí vuelca reflejan la evolución de la patología. **Por favor, complete la ficha en su totalidad con la misma letra y tinta. Su correcto llenado evitará reclamos de documentación.**

**DATOS DEL SOCIO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ N° de Socio: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**DIABETES**

- Tipo 1
- Tipo 2 Insulinorequiriente
- Tipo 2 No Insulinorequiriente

Fecha de prescripción:    /    /                      Fecha de diagnóstico:    /    /

ANTECEDENTES FAMILIARES	SÍ	NO
Diabetes		
Hipertensión		
Cardiopatía		
Enfermedad de Tiroides		

ANTECEDENTES PERSONALES	SÍ	NO
Hipertensión arterial		
Enfermedad de Tiroides		
Cardiopatía		
Tabaquismo		

PRÁCTICAS REALIZADAS EN EL AÑO	SÍ	NO
Vacuna antigripal		
Control Nutricional		
Fondo de Ojo: Fecha:    /    /		
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Preproliferativa <input type="checkbox"/> Proliferativa Avanzada		

EXAMEN CLÍNICO	
Peso:	kg
Altura:	m
Perímetro Abdominal:	cm
TA	sist. diast.

LAB. GENERAL	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR
Hemoglobina				Creatininemia mg/dl
VCM				Colesterol mg/dl
HCM				Triglicéridos mg/dl
Uremia mg/dl				HDL mg/dl

COMPLICACIONES	SÍ	NO
Oftalmología		
Nefropatía		
Cardiopatía		
Vasculopatía		
Neuropatía		

HEMOGLOBINA GLICOSILADA	VALOR
Fecha:    /    /	
Fecha:    /    /	
Fecha:    /    /	
Fecha:    /    /	

INFORME DE EVALUACIÓN DE LOS PIES	FECHA:    /    /
Pulsos <input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Negativos <input type="checkbox"/> Débiles	
Reflejos <input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Negativos	
Sensibilidad <input type="checkbox"/> Conservada <input type="checkbox"/> Alterada	
Otros	

VALORACIÓN CARDIOLÓGICA / ECG	FECHA:    /    /
Normal <input type="checkbox"/>	
Patología <input type="checkbox"/> HVI <input type="checkbox"/> Extrasístoles	
<input type="checkbox"/> BCI <input type="checkbox"/> Otras	

MICROALBUMINURIA MG/DL	VALOR
Fecha:    /    /	

En pacientes con Diabetes para ingresar al programa especificar el criterio diagnóstico

1. PTOG en Ayunas: 120 Minutos: 2. Glicemia en Ayunas: 3. Glicemia al Azar: +  Poliuria  Polidipsia  Polifagia  Pérdida de peso

GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL (SUGERIDO)	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS DIARIA (EN MG)	DÍAS DE TRATAMIENTO

OBSERVACIONES

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE                      EMAIL DEL MÉDICO TRATANTE