

PLANILLA DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE DIABETES POR BENEFICIARIO

Apellidos y nombres:

N° de CUIL: - -

TIPO DE DIABETES (marcar con un tilde lo que corresponde)

Tipo 1 ☐ / Tipo 2 ☐ Fecha del registro: / / Edad del diagnóstico:

Dislipemia: SI ☐ NO ☐

Obesidad: SI ☐ NO ☐

Tabaquismo: SI ☐ NO ☐

COMPLICACIONES (marcar con un tilde lo que corresponde)

☐ Hipertrofia Ventricular

☐ Neuropatía Periférica

☐ Infarto Agudo de Miocardio

☐ Vasculopatía Periférica

☐ Insuficiencia Cardíaca

☐ Amputación

☐ Accidente Cerebrovascular

☐ Nefropatía

☐ Retinopatía

☐ Diálisis

☐ Ceguera

☐ Trasplante Renal

RESULTADOS DE ESTUDIOS (marcar los resultados de los estudios y colocar la fecha. En el caso de microalbuminuria y fondo de ojos marcar con un círculo lo que CORRESPONDA).

☐ Glucemia en Ayunas:

Fecha: / /

☐ HbA1C:

Fecha: / /

☐ LDLc:

Fecha: / /

☐ Triglicéridos:

Fecha: / /

☐ Microalbuminuria:

Normal/
Patológico

Fecha: / /

☐ TA Sistólica:

Fecha: / /

☐ TA Diastólica:

Fecha: / /

☐ Creatinina Serica:

Fecha: / /

☐ Fondo de Ojo:

Normal/
Retinopatía
Diabética

Fecha: / /

☐ Inspección de pies:

Normal
Alterado
No realizado

Fecha: / /

☐ Peso:

Fecha: / /

☐ Talla:

Fecha: / /

☐ Circunferencia Abdominal:

Fecha: / /

TRATAMIENTO (marcar con un tilde lo que corresponde. En el caso de insulino dependiente colocar el código del siguiente listado).

☐ Automonitoreo Glucémico

☐ Actividad Física

☐ Cumple adecuadamente Tratamiento

☐ Fármacos Antihipertensivos

☐ Ácido Acetil Salicílico	☐ Hipoglucemiantes orales	
Insulina Basal:		
Insulina de Corrección:		
LISTADO INSULINAS		
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Código
Insulina humana recombinante de acción rápida	INSULINA ACTRAPID	2
Insulina humana de acción rápida	INSULINA BETALIN	4
Insulina humana recombinante de acción rápida	INSULINA DENSULIN R	6
Insulina humana recombinante de acción rápida	INSULINA HUMULIN R	8
Insulina humana recombinante de acción rápida	INSULINA INSUMAN	20
Insulina humana recombinante de acción rápida	INSULINA NOVOLIN R	22
Insulina bovina regular	INSULINA BETASINT	24
Insulina porcina regular	INSULINA BETASINT	26
Insulina lispro regular	INSULINA HUMALOG	28
Insulina aspártica regular	INSULINA NOVORAPID	40
Insulina glulisina regular	INSULINA APIDRA	42
Insulina humana de acción intermedia	INSULINA BETALIN	44
Insulina humana recombinante de acción intermedia	DENSULIN N	46
Insulina humana recombinante de acción intermedia	INSULINA HUMULIN N	48
Insulina humana recombinante de acción intermedia	INSULINA INSULATARD	60
Insulina humana recombinante de acción intermedia	INSULINA INSUMAN N	62
Insulina bovina acción intermedia	INSULINA BETASINT	64
Insulina porcina de acción intermedia	INSULINA BETASINT	66
Insulina humana larga duración	INSULINA BETALIN	68
Insulina porcina lenta	INSULINA BETASINT	80
Insulina degludec	INSULINA TRESIBA	82
Insulina detemir	INSULINA LEVEMIR	84
Insulina glargina	INSULINA LANTUS	86
Insulina humana de intermedia/larga duración	INSULINA HUMULIN 70/30	88
Ins.lispro+ins.lispro protamina	INSULINA HUMALOG MIX 25	202
Ins.lispro+ins.lispro protamina	INSULINA HUMALOG MIX 50	204
Insulina aspartica combinada	INSULINA NOVOMIX 30 FLEXPEN	206
LISTADO DE HIPOAGLUCEMIANTES ORALES (completar los datos que consume el afiliado en referencia)		
FÁRMACO	DOSIS	Mg/día
Metformina		
Glibenclamida		
Glicazida		
Otros:		
Fecha: ____/____/____		
Firma y sello del médico tratante		

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN	RNOS: 1-2550-9
Nombres:	Apellidos:
Edad:	Sexo: ☐ F ☐ M
DNI N°:	Beneficiario N°:
Diagnóstico:	
Antecedentes de la enfermedad: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Fundamentación Médica (con detalle de dosis diaria y mensual requerida): _____ _____ _____	
Tiempo de tratamiento previsto: _____ _____ _____	
Fecha: ____/____/____ Firma y sello de médico tratante	



CONFORMIDAD DE LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Quién suscribe _____

con CUIL _____ - _____ - _____ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN

ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con

domicilio en calle _____ N° _____

Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____

Provincia _____, declaro por la presente mi conformidad para someterme al

tratamiento de Medicación, el cual se detalla a continuación (aclarar tratamiento y

período): _____

En la ciudad de _____ Provincia _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular o Tutor, Aclaración y DNI N°

.....
Firma y sello de médico tratante