

**DIABETES MELLITUS  
HISTORIA CLINICA | PRESCRIPCIÓN | FICHA DE REGISTRO**

Año: \_\_\_\_\_ Trimestre calendario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hoja 1/2

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

N° de Afiliado: \_\_\_\_\_ Documento identidad, tipo: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Localidad - Provincia: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F/M

Diagnóstico: DTM1  DTM2  Gestacional  OTROS

Fecha de diagnóstico DTM \_\_\_\_\_ Edad al diagnóstico \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

Comorbilidades: HTA  Obesidad  Dislipemia  Tabaquismo

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Examen Físico: Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Circunf. Abdominal: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COMPLICACIONES (completar sólo las respuestas afirmativas con fecha)**

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	OTRAS	FECHA
Hipert. Ventrículo Izq.	____/____/____	Insuf. Renal Crónica	____/____/____	Neuropatías	____/____/____
Infarto Agudo Miocárdico	____/____/____	Nefropatía	____/____/____	Úlcera de Pie	____/____/____
Stent	____/____/____	Diálisis	____/____/____	Pie Diabético	____/____/____
Cirug. Revas. Miocárdica	____/____/____	TX Renal	____/____/____	Amputaciones	____/____/____
Insuficiencia Cardíaca	____/____/____			Hipoglucemias	____/____/____
Acc. Isquémico Transitorio	____/____/____	OFTALMOLÓGICAS	FECHA		____/____/____
ACV	____/____/____	Retinopatía	____/____/____		____/____/____
Vasculopatía periférica	____/____/____	Ceguera	____/____/____		____/____/____

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas	____/____/____			
HbA1C	____/____/____			
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja	____/____/____			
Triglicéridos	____/____/____			
Microalbuminuria	____/____/____			
Creatinina sérica	____/____/____			
Clearance de Creatinina	____/____/____			
TA sistólica   TA diastólica	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS				FECHA
Fondo de Ojo:	<input type="checkbox"/> Sin RD	<input type="checkbox"/> RDNP	<input type="checkbox"/> RDP	____/____/____
sin RD: sin retinopatía diabética   RDNP: retinopatía diabética no proliferativa   RDP: retinopatía diabética proliferativa				
Examen de Pie:	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	____/____/____

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Auditor Médico