

Sr. Asociado, si Ud. ha optado por atenderse con un profesional ajeno a nuestros consultorios, por favor complete sus datos personales y su médico de cabecera deberá hacer lo propio con los datos de la Historia Clínica a efectos de poder ingresarlo al sistema.

Posteriormente solicite un turno al Call Center 4963-7752 ó 4964-0620 int. 11 ó 12 y concurra a nuestra sede en Paraguay 2454 PB Ciudad de Buenos Aires; en caso de no tener domicilio en esta ciudad, dirigirse a la Agencia de MEDICUS más cercana a su domicilio, de no contar con ella faxear al 0800-333-7344 la presente planilla sellada y firmada y las recetas extendidas por su médico, sólo así podrá acceder a los beneficios de Ley que su cobertura médica le brinda.

DATOS PERSONALES Fecha

Apellido y Nombres Sexo F M

Doc. Tipo y Nº Fecha de Nacimiento Edad

Domicilio CP

Localidad Pcia. Tel.:

E-mail: Cel.:

Cobertura Médica Plan Nº de Socio:

Agencia Médico de Cabecera

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Estimado profesional, esta información es confidencial e imprescindible para que su paciente pueda ingresar al Programa de Diabetes de su cobertura médica y poder acceder así, a los beneficios que marca la Ley de Diabetes a través del PMO. Por cualquier consulta, sírvase comunicarse con nosotros al 4963-7752 ó 4964-0620 o bien a callcenter@pronadia.com.ar si pertenece a la Ciudad de Buenos Aires o a autorizacionesinterior@pronadia.com.ar para el resto del país.

DIAGNÓSTICO

Diabetes tipo1 Desde:

Diabetes tipo2 Edad de Diagnóstico años

Diabetes tipo2 IR Se inició insulino terapia:

DIABETES GESTACIONAL

PTOG	Fecha	Semana	Valor	0 h.	Fecha Probable de Parto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				120'	<input type="text"/>
Semanas de Gestación	<input type="text"/>				Imprescindible presentación de Laboratorios y PTOG

EXAMEN FÍSICO			ANÁLISIS			ANÁLISIS		
		Fecha		Fecha	Valor		Fecha	Valor
PESO ACTUAL	Kg.	<input type="text"/>	1	GLUCEMIA	<input type="text"/>	CREATININA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TALLA	cm.	<input type="text"/>	2	GLUCEMIA	<input type="text"/>	UREA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CIRC. DE CINTURA	cm.	<input type="text"/>	1	HbA _{1c}	<input type="text"/>	CL DE CREATININA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IMC		<input type="text"/>	2	HbA _{1c}	<input type="text"/>	MICROALBUMINURIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FACTORES DE RIESGO ASOCIADO					
	NO	SI		NO	SI
TABAQUISMO ACTUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº DE CIGARRILLOS X DÍA	<input type="text"/>	
HIPERCOLESTEROLEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COL. TOTAL: HDL:	<input type="text"/>	
HIPERTRIGLICERIDEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRIGLICÉRIDOS	<input type="text"/>	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTATINA - FIBRATO - OTRO	<input type="text"/>	
			HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			EDAD DE DIAGNÓSTICO	<input type="text"/>	
			EDAD AL INICIO DEL TTO.	<input type="text"/>	

Apellido y Nombres

COMPLICACIONES CRÓNICAS

NO	SI						
MACROVASCULAR	<input type="checkbox"/>						
NEFROPATÍA	<input type="checkbox"/>						
MICROALBUMINURIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROTEINURIA	<input type="checkbox"/>	DIALISIS	<input type="checkbox"/>
RETINOPATÍA	<input type="checkbox"/>	PROLIFERATIVA	<input type="checkbox"/>	NO PROLIFERATIVA	<input type="checkbox"/>	CEGUERA	<input type="checkbox"/>
NEUROPATÍA	<input type="checkbox"/>						
PULSO PEDIO O TIBIAL POSTERIOR	PRESENTE		<input type="checkbox"/>	AUSENTE		<input type="checkbox"/>	
AMPUTACIÓN EN MMII	<input type="checkbox"/>						

EDUCACIÓN RECIBIDA	SI	NO
DIETA EFECTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUIDADO DE LOS PIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTOMONITOREO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD FÍSICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES FAMILIARES **NO**

SI **PRIMER GRADO** **SEGUNDO GRADO**

TRATAMIENTO ACTUAL ESPECÍFICO PARA DIABETES

HIPOGLUCEMIANTES ORALES / OTROS

DROGA	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA	USO DESDE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INSULINAS **TRATAMIENTO INTENSIVO** SI NO

TIPO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA	USO DESDE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PRESENTA HIPOGLUCEMIAS NO SI → Leve Moderada Con pérdida de conocimiento

Frecuencia semanal veces.

TIRAS REACTIVAS

MARCA ¿SE CONTROLA? NO SI VECES POR DÍA ¿LLEVA REGISTRO? NO SI

MÉDICO DE CABECERA:

ESTIMADO DR. POR FAVOR ADJUNTAR A LA PRESENTE PLANILLA ÚLTIMO LABORATORIO. MUCHAS GRACIAS.

NOMBRE

Especialidad:

TELÉFONO MAIL

Firma y Sello

PRONADIA FORM. 0008

COMPLETAR LOS DATOS SIN OMISIONES Y CON LETRA LEGIBLE FAVORECERÁ LA CELERIDAD Y RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE.