

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO

MEDICUS

PLANILLA DE INGRESO OBLIGATORIA (Base para cumplimiento del PMO)

CONSULTORIOS MÉDICOS
PRONADIA

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 <input style="width: 500px;" type="text"/>		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Doc. Tipo y N° <input style="width: 150px;" type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	
Domicilio <input style="width: 500px;" type="text"/>		CP <input type="text"/>	
Localidad <input style="width: 150px;" type="text"/>	Pcia. <input style="width: 100px;" type="text"/>	Tel.: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
E-mail: <input style="width: 300px;" type="text"/>		Cel.: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Cobertura Médica <input style="width: 150px;" type="text"/>	Plan <input style="width: 100px;" type="text"/>	N° de Socio: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Agencia <input style="width: 150px;" type="text"/>	Médico de Cabecera <input style="width: 300px;" type="text"/>		

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

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 GESTACIONAL				
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo1	Desde:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo2	Edad de Diagnóstico	<input type="text"/>	años	<input type="checkbox"/>	Fecha	Semana	Valor	Fecha Probable de Parto
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo2 IR				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Se inició insulino terapia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	PTOG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 h.
				<input type="checkbox"/>				120'
				<input type="checkbox"/>	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"/>
TALLA	cm.	<input type="text"/>	2	GLUCEMIA	<input type="text"/>		UREA	<input type="text"/>
CIRC. DE CINTURA	cm.	<input type="text"/>	1	HbA _{1c}	<input type="text"/>		CL DE CREATININA	<input type="text"/>
IMC		<input type="text"/>	2	HbA _{1c}	<input type="text"/>		MICROALBUMINURIA	<input type="text"/>

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

COMPLICACIONES CRÓNICAS

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

TRATAMIENTO ACTUAL ESPECÍFICO PARA DIABETES

HIPOGLUCEMIANTES ORALES / OTROS

DROGA	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA

INSULINAS

TRATAMIENTO INTENSIFICADO SI NO

TIPO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA

PRESENTA HIPOGLUCEMIAS NO SI → Leve Moderada Con pérdida de conocimiento

TIRAS REACTIVAS

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

MÉDICO DE CABECERA:

PRONADIA FORM. 0010 b

NOMBRE

Especialidad:

TELÉFONO MAIL

Firma y Sello

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