

# PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO

**MEDICUS**

**PLANILLA COMPLEMENTARIA DE SEGUIMIENTO**  
(Base para cumplimiento del PMO)

CONSULTORIOS MÉDICOS  
**PRONADIA**

Sr. Asociado, Ud. ya ha cumplimentado oportunamente la Planilla de Ingreso del Programa de Atención a la persona con diabetes exigida por la Ley 26914 Reg. 1156/2014 para acceder a los descuentos y entrega de insumos y medicamentos; periódicamente -según lo estipula la mencionada Ley- debe realizarse una actualización de la misma, a fin de dejar constancia de la continuidad del tratamiento. Es por ello que le solicitamos complete los datos requeridos y solicite a su Médico Especialista hacer lo propio con los datos médicos.  
Muchas Gracias!

Fecha  /  /

**DATOS PERSONALES**

					N° de Socio
Apellido y Nombres	<input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>			
Domicilio	<input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>			*	CP <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Localidad	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	* Pcia. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Tel.:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	*
E-mail:	<input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>			*	Cel.:
Cobertura Médica	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	* Plan <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	*	Agencia	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>

\* Los datos marcados con asterisco sólo deberán ser completados en caso de haberse modificado desde la planilla anterior

**DIAGNÓSTICO**

FECHA	GLUCEMIA	FECHA	HbA <sub>1c</sub>	FECHA	PESO
/ /	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	/ /	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	/ /	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>

**INSULINAS / HIPOGLUCEMIANTES ORALES / OTROS**

	DROGA	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA
<b>TRATAMIENTO ACTUAL</b>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

**TRATAMIENTO INTENSIFICADO** SI  NO

**OBSERVACIONES**

.....

.....

.....

**MÉDICO TRATANTE**

	NOMBRE
<b>Firma y Sello</b>	<input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>
	Especialidad: .....
	Teléfono <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> E-mail <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>

PRONADIA FORM. 0011