



HISTORIA CLINICA INICIAL DIABETICOS
(PRESENTACION OBLIGATORIA)

Obra Social Capataces Estibadores Portuarios
Montevideo 126 2º CP (1037) CABA
Te.: 5276-4700

FECHA:/...../.....

Nombre y Apellido: Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad: Act. Laboral: Telefono:

Tipo de DM: Tipo 1
Tipo 2
Gestacional
Otros
Edad al diagnostico/inicio enfermedad:
Síntomas al inicio de diagnostico:

Control clinico/metabolico:

HbA1c:

Fecha:

Nefropatia:	No	Si
Neuropatia:	No	Si
Dislipidemia:	No	Si
HTA:	No	Si
Vasculopatia periferica:	No	Si
Angor/IAM/ACV:	No	Si

Microalbuminuria:..... Proteinuria: IRC:.....
IMC:

Estimacion clinica del control metabolico en el ultimo año: Bueno: Regular: Malo:

Plan alimentario:
Act. Fisica:
Insulina:
Ag. Orales:
Automonitoreo
glucemico
(Nº TR/día):

ESPECIFICAR TIPO
Y DOSIS DIARIA

Intercurrencias:

Fondo de ojo:

Examen Odontologico:

Observacion:
.....
.....

Firma y Sello
Medico tratante

Informe Auditoria:
.....
.....
.....
.....