



Obra Social de Serenos de Buques
 Montevideo 126 2° CP (1037) CABA
 Te.: 5276-4700

**HISTORIA CLINICA INICIAL DIABETICOS
(PRESENTACION OBLIGATORIA)**

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:
 Sintomas al inicio de diagnostico:

Control clinico/metabolico:

HbA1c:

Fecha:

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

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

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 Odontologica

Observacion:

Firma y Sello
Medico tratante

Informe Auditoria:

