

PARA SER COMPLETADO POR OSPFeSIQyP

Delegación:	Fecha: / /	Nº Expediente:
Firma y sello del personal responsable:		

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL ACTUANTE

Nombre y Apellido:	Fecha: / /	
Número de Afiliado:	Edad:	Teléfono:

Diabetes Mellitus Tipo I ☐ Tipo II ☐ **Resumen de historia clínica**

.....

.....

Tratamientos previos recibidos (si corresponde)

.....

.....

TRATAMIENTO SOLICITADO insulina o hipoglucemientes orales

Monodroga	Forma farm.	Dosis/unidad o conc.	Dosis diaria	Cant. envases mensuales

MATERIALES DESCARTABLES para la administración y monitoreo

Descripción	Cantidad Diaria

CONTROL METABÓLICO

	Valor	Fecha
Glucemias		
Hemoglobina glicosada		

Firma y Sello del
Profesional Actuante