

**Importante:**

El formulario debe rellenarse en LETRA MAYÚSCULA  
utilizando un bolígrafo o pluma de color NEGRO o AZUL.  
Las letras deben ser del siguiente estilo:

A Á B C D E É F G H I Í J K L M N Ñ O Ó P Q ☒  
R S T U Ú Ü V W X Y Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ☑



## Formulario de Reempadronamiento Diabetes

Apellido y nombre

Número de afiliado  (sin guiones ni espacios) DNI

Mail

Teléfono  (sin guiones ni espacios)  
(con prefijo)

**Tipo de Diabetes (\*)**

- 1  
 2

**Edad de diagnóstico (\*)**
 

(\*) Obligatorios

- Dislipemia  Obesidad  
 Tabaquismo

**Seleccionar al menos una opción**

- Hipertrofia ventricular  Retinopatía  Amputación  
 Infarto agudo de miocardio  Ceguera  Nefropatía  
 Insuficiencia cardíaca  Neuropatía periférica  Diálisis  
 Accidente cerebrovascular  Vasculopatía periférica  Trasplante renal

**Completar dentro del rango**

Parámetro	Valor	Rango	Fecha medición (Formato DD / MM / AA)
Glucemia Ayunas	<input type="text"/>	0 -1500	<input type="text"/>
HBA 1C	<input type="text"/>	1,00 - 20,00	<input type="text"/>
Colesterol LDL	<input type="text"/>	0 -1000	<input type="text"/>
Triglicéridos	<input type="text"/>	0 -2000	<input type="text"/>
TA sistólica	<input type="text"/>	10-290	<input type="text"/>
TA diastólica	<input type="text"/>	20-300	<input type="text"/>
Creatinina Sérica	<input type="text"/>	0,00 - 20,00	<input type="text"/>
Peso (Kg.)	<input type="text"/>	5-450	<input type="text"/>
Talla (Cm.)	<input type="text"/>	50 - 220	<input type="text"/>
Circunferencia Abdominal	<input type="text"/>	40-220	<input type="text"/>

**Microalbuminuria**

- Sin datos   
Normal   
Patológico   
Fecha

**Fondo de Ojo**

- Sin datos   
Normal   
Retinopatía diabética   
Fecha



**Importante:**

El formulario debe rellenarse en LETRA MAYÚSCULA utilizando un bolígrafo o pluma de color NEGRO o AZUL. Las letras deben ser del siguiente estilo:

A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q  
R S T U V W X Y Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0



**Seleccionar al menos una opción**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| Automonitoreo glucémico <input type="checkbox"/> | Fármacos antihipertensivos <input type="checkbox"/> | Hipoglucemiantes orales <input type="checkbox"/>   |
| Actividad física <input type="checkbox"/>        | Fármacos hipolipemiantes <input type="checkbox"/>   | Insulinoterapia (#) <input type="checkbox"/>       |
| Cumple tratamiento <input type="checkbox"/>      | Ácido acetil salicílico <input type="checkbox"/>    | Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> |

(#) Si ha marcado Insulinoterapia, indique a continuación el esquema utilizado

Insulina	Basal	Corrección	Insulina	Basal	Corrección
ACTRAPID Acción rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INSULA TARD Acción intermedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BETALIN Acción rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INSUMAN N Acción intermedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DENSULIN Acción rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BETASINT Bovina A. intermedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HUMULIN Acción rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BETASINT Porcina A. intermedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSUMAN Acción rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BETALIN Hum. Larga duración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOVOLIN R Acción rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BETASINT Porcina lenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BETASINT Bovina regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRESIBA Degludec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BETASINT Porcina regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LEVEMIR Detemir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HUMALOG Lispro regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LANTUS Glargina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOVORAPID Aspártica regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HUMULIN 70/30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APIDRA Glulisina regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HUMALOG MIX 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BETALIN Acción intermedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HUMALOG MIX 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DENSULIN N Acción intermedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOVOMIX 30 FLEXPEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HUMULIN N Acción intermedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apellido y nombre del Profesional

Matrícula

Nacional

Provincial

Teléfono de contacto

(prefijo)

(sin guiones ni espacios)

**Especialidad**

- |   |   |
|---|---|
| Clínica Médica <input type="checkbox"/> | Nutrición <input type="checkbox"/>      |
| Cardiología <input type="checkbox"/>    | Endocrinología <input type="checkbox"/> |
| Otra <input type="checkbox"/>           |   |

Fecha registro

(Formato DD / MM / AA)

Firma y sello del profesional

