



Obra Social del Personal de la Industria Forestal de Santiago del Estero

RNOS: 10-800-1

CERTIFICADO PARA LA ACREDITACION DE LA PERSONA CON DIABETES

DATOS FILIATORIOS

Apellido y Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ DNI: _____ N° AFILIADO: _____

CUIL: _____ Tel: _____

DIAGNOSTICO

Tipo de Diabetes: Tipo 1 _____ Tipo 2 _____ Gestacional _____ Otro Tipo _____

Dislipemia: SI _____ NO _____ Obesidad: SI _____ NO _____ Tabaquismo: SI _____ NO _____

Edad al Diagnóstico: _____ Antecedentes Familiares de Diabetes: SI _____ NO _____

DATOS ANTROPOMETRICOS

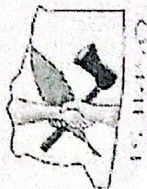
Peso: _____ Talla: _____ IMC _____ CA _____

COMPLICACIONES (En caso de marcar "Si" indicar fecha)

1. PRESENTA HIPOGLUCEMIAS	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
Grado: Leve _____	Moderada _____	Con pérdida de conocimiento _____
2. RETINOPATIA	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
3. NEFROPATIA	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
4. NEUROPATIA PERIFERICA	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
5. VASCULOPATIA PERIFERICA	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
6. HIPERTROFIA VENTRICULAR	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
7. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
8. INSUFICIENCIA CARDIACA	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
9. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
10. CEGUERA	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
11. AMPUTACION	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____
12. DIALISIS	SI _____ NO _____	Fecha: ____/____/____

Domicilio Real y Referencia: _____ Ciudad: _____

Domicilio de Atención Médica: _____



DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO

FARMACO	DOSIS	MG/DIA	ANTIGÜEDAD
Metformina			
Glibenclamida			
Gliclazida			
Glimepirida			
Insulina corriente			
Insulina NPH			
Insulina Glargina			
Insulina Determir			
Insulina Lispro			
Otras insulinas			
Tiras reactivas p/glucemia			
lancetas			
Agujas p/insulina			

LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS (Marcar con "X")

1. HBA 1C	VALOR:	Fecha / /
2. GLUCEMIA EN AYUNAS	VALOR:	Fecha / /
3. UREA	VALOR:	Fecha / /
4. CREATININA SERICA	VALOR:	Fecha / /
5. CLEARENCE CREATITINA	VALOR:	Fecha / /
6. LBCB	VALOR:	Fecha / /
7. TRIGLICERIDOS	VALOR:	Fecha / /
8. MICROALBUMINURIA	NORMAL__Patologia__Valor__	Fecha / /
9. TENSION ARTERIAL SISTOLICA	VALOR:	Fecha / /
10. TENSION ARTERIAL DIASTOLIC	VALOR:	Fecha / /
11. FONDO DE OJOS	NORMAL__Retinopatia__	Fecha / /
12. EXAMEN DE PIE	SI__NO__	Fecha / /

FECHA: ____/____/____

.....
FIRMA DE MEDICO TRATANTE



OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA FORESTAL
DE SANTIAGO DEL ESTERO
O.S.P.I.F.
C.U.I.T. N° 30-62712583-2
COD. INSC. 10800-1

MISSIONES 332 - TEL. 421-1877
(4200) - SANTIAGO DEL ESTERO

Entregado: / /

Recibido: / /

Formulario Terapéutico Nacional

Resol. 310/04 y Modificatorias

Patologías Crónicas

Datos Personales del Afiliado

Apellido y Nombre

N° Ficha

Tipo de Afiliado

N° D.N.I.

Titular

Localidad:

Patologías Crónicas

Diabetes Tipo I

☐

Reuma

☐

Glaucoma

☐

Diabetes Tipo II

☐

Enf. Cerebro Vasc.

☐

TBC

☐

Trombosis

☐

Epilepsia

☐

IRC

☐

Anemia (Aplasia, hipo-
plasia medular)

☐

Pákinson

☐

Mistema Gravis

☐

Enf. Cardiovascular

☐

Trast. Psiquiátricos

☐

Enf. Inmunológicas

☐

Enf. Tiroideas

☐

Asma

☐

Otras

Resumen de Historia Clínica (métodos diagnósticos, tratamientos implementados)

Favor completar con letra legible

Tratamiento: Medicación, dosis diaria, mensual y tiempo estimativo del tratamiento.

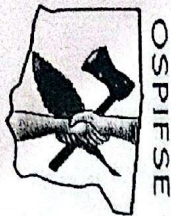
Favor completar con letra legible

Otros datos que considere importante para el antecedente médico

Firma del Afiliado, Encargado o Tutor

Firma y sello médico tratante

Fecha



Obra Social del Personal de la
Industria Forestal de Santiago del Estero
O.S.P.I.F.S.E.

Plan diabetes

Apellido, Nombres:

Nro. de Beneficiario:

- 1. HBA 1C**
- 2. GLUCEMIA EN AYUNAS**
- 3. UREA**
- 4 CREATININA SERICA**
- 5. TRIGLICERIDOS**
- 6. COLESTEROL LDL**

Diagnóstico:

...../...../.....
Fecha

.....
Firma del Médico