

FORMULARIO DE DIABETES – RES. 2091/2026

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de Nac: _____ ☐ Hombre ☐ Mujer

Dirección: _____ Localidad: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

EXAMEN FÍSICO

Peso: _____ Fecha: _____ Circunferencia abdominal: _____

Talla: _____ Fecha: _____ T/A _____ mmHg

IMC: _____ Fecha: _____

DIAGNÓSTICO

Tipo de Diabetes: Mellitus: Tipo 1: ☐ Tipo 2: ☐ Gestacional: ☐ Otro: ☐

Año de diagnóstico: _____ Edad de diagnóstico: _____

Obvservaciones: _____

COMORBILIDADES

☐ HTA Fecha de diagnóstico: / / ☐ HTA Fecha de diagnóstico: / /

☐ Obesidad Fecha de diagnóstico: / / ☐ Obesidad Fecha de diagnóstico: / /

COMPLICACIONES

CARDIOVASCULARES

☐ Hipertrofia ventricular izq. Fecha: / /

☐ Infarto de miocardio Fecha: / /

☐ Stent Fecha: / /

☐ Cirugía revasc. miocárdica Fecha: / /

☐ Insuficiencia cardíaca Fecha: / /

☐ Acc. Isquémico transitorio Fecha: / /

☐ Acc. cerebrovascular Fecha: / /

☐ Vasculopatía periférica Fecha: / /

RENALES

☐ Insuficiencia renal crónica Fecha: / /

☐ Nefropatía Fecha: / /

☐ Diálisis Fecha: / /

☐ Transplante renal Fecha: / /

OFTALMOLÓGICAS

☐ Retinopatía: Fecha: / /

☐ Sin RD

☐ RDNP

☐ RDP

☐ Ceguera Fecha: / /

OTROS

☐ Hipoglucemias: Fecha: / /

☐ Leve

☐ Severa

☐ Neuropatía Fecha: / /

☐ Neuropatía periférica Fecha: / /

☐ Úlcera de pie Fecha: / /

☐ Pie diabético Fecha: / /

☐ Amputación de miembros Fecha: / /

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
Colesterol LDLc				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatinina				
Clearance de creatinina				

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- ☐ Fondo de ojo: ☐ Sin RD ☐ RDNP ☐ RDP Fecha: / /
☐ Examen de pie ☐ Realizado ☐ Normal ☐ Alterado Fecha: / /

TRATAMIENTO

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS / UNIDS. DIARIAS	APLICACIONES / TOMA DIARIA	AÑO DE INICIO
Metformina				
Sulfonilureas				
IDPP4				
Pioglitazona				
ISGLT2				
Insulina basal	☐ VIAL ☐ LAPICERA			
Insulina rápida	☐ VIAL ☐ LAPICERA			
Bomba de insulina				
GLP-1				
Glucagón				
Tiras reactivas				
Lancetas				
Agujas				

OTROS TRATAMIENTOS

GENÉRICO	UNIDADES POR TOMA	TOMAS POR DÍA	TOMAS POR SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

BREVE RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

ESTILO DE VIDA

- ☐ Automonitoreo: N° veces por día _____ y por semana _____
- ☐ Actividad física
- ☐ En caso de ser fumador, ¿dejó de fumar?
- ☐ ¿Cumple tratamiento farmacológico?
- ☐ ¿Educación diabetológica?
- ☐ ¿Plan de alimentación saludable?
- ☐ ¿Cumple indicaciones dietarias?

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑAR ESTE FORMULARIO

1. Consentimiento informado (última página del presente archivo).
2. Historia clínica (actualización anual o ante cambio de tratamiento).
3. Prescripciones médicas del tratamiento solicitado especificando presentación farmacéutica.
4. Laboratorio: hemograma, hepatograma, urea, creatinina, ionograma, glucemia en ayunas, LDH, albúmina, perfil lipídico, HbA1C, perfil lipídico con LDLc colesterol asociado a lipoproteína baja, microalbuminuria, clearance de creatinina (anual).
5. Estudios complementarios: Fondo de ojo anual.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

Nota: El formulario se tramitará dentro de los 10 días hábiles de recibida la solicitud. Una vez aprobado por Farmacia, el alta de los medicamentos en las farmacias de AMBA se efectivizará dentro de las 72 horas hábiles. Le recordamos que cada 6 meses deberá actualizar la habilitación. Cabe destacar que para la dispensación de los medicamentos, en la red de farmacias habilitadas, debe presentar la receta correspondiente.

Buenos Aires, _____ de _____ de _____

Yo, _____, he sido informado de la necesidad de ser sometido a _____. Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito del acto médico a realizarme, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas.

Asimismo, se me han explicado las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el mismo, y a que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga / medicamento _____ del procedimiento / práctica denominado _____.

Firma del paciente: _____ Aclaración: _____ DNI: _____

En caso de incapacidad del paciente: Vínculo: _____

Firma Representante Legal: _____ Aclaración: _____

DNI: _____

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento/tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.

Creo que el Sr./Sra. _____ ha comprendido completamente lo explicado y contestado.

Firma y sello del Médico: _____ Lugar y Fecha: _____