



REGISTRO DE PACIENTES DIABETICOS

Formulario de solicitud y autorización
Declaración Jurada Médico Tratante-paciente

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE y APELLIDO DEL PACIENTE:

Afiliado Nº:/...../..... Edad: Sexo: Fecha de Nacimiento:/...../.....

Directo ☐ Indirecto ☐ Domicilio:

TELÉFONO:

DIAGNOSTICO Diabetes Mellitus: **Tipo 1** ☐ **Tipo 2** ☐ **Diabetes Gestacional** ☐

Fecha de inicio de tratamiento:/...../..... Fecha de Diagnóstico:/...../..... FPP:

PROTOCOLO

PESO: TALLA: SUPERFICIE CORPORAL:

DROGA (en UI/dosis) PARA TRATAMIENTO DE DIABETES:

.....
.....

MONITOREO GLUCEMIA: DIARIO / SEMANAL / QUINCENAL / MENSUAL

.....
TIPO DE TIRAS REACTIVAS:

CONSUMO APROXIMADO QUINCENAL:

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

.....
.....

OTRA MEDICACION QUE CONSUME:

.....
.....

DATOS DEL MEDICO SOLICITANTE

NOMBRE y APELLIDO del MEDICO SOLICITANTE:

M.P.Nº Fecha:/...../..... FIRMA Y SELLO:

CONTACTO TEL.-MAIL:

AUTORIZACION D.O.S.

...../...../.....

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR

FECHA

1 fotocopia del formulario llenado por el medico.

1 fotocopia de carnet titular-indirecto-recibo de sueldo.

1 fotocopia análisis ☐ glucemia ☐ hemoglobina glicosilada.

Para cambios en dosis o en esquema, presentar:

- Fotocopias de hojas de automonitoreo de los últimos dos meses

- En formato original informe médico actualizado detallado de existencia de adherencia al tratamiento integral (farmacológico nutricional y actividad física) y/o Informe de Nutricionista

- En caso de poseer antecedentes de tratamientos farmacológicos con cobertura por otra obra social o salud pública, deberá presentar HC, antecedentes, tratamiento farmacológicos provistos por la institución correspondiente.

IMPORTANTE

El presente formulario deberá completarlo Médico Especialista con letra clara y legible, sin omisión de datos. Médico solicitante deberá informar dato de contacto (dirección de correo electrónico o número de celular). A la vez deberán adjuntarse todos los estudios que acrediten la patología de base y que justifiquen las solicitudes farmacológicas respectivas. La omisión de alguno de los requisitos nombrados será causa de no admisión de documentación a los fines de Proceso evaluación de la Auditoría Médica de la D.O.S. En caso de requerir adjuntar ampliación de historia clínica, la misma se admitirá solo en formato original.