

Solicitud de tratamiento. Pacientes con Diabetes.

Para ser completado por el profesional actuante

Nombre y Apellido:	
Nº Afiliado:	Tel.:
E-mail:	

Diabetes Mellitus: Tipo I ☐ Tipo II ☐ Insulino dependiente SI ☐ NO ☐

Factores de Riesgo:

Tabaquismo SI ☐ NO ☐

Distrigemia SI ☐ NO ☐

Obesidad SI ☐ NO ☐

HTA SI ☐ NO ☐

Tratamientos Solicitados:

Hipoglucemiantes SI ☐ NO ☐

Auto monitoraggio SI ☐ NO ☐

Insulinos SI ☐ NO ☐

Resumen de Historia Clínica: _____

This image shows a full page of a document template. It consists of approximately 20 horizontal blue dashed lines spaced evenly across the page, providing a guide for handwriting or typing. The background is plain white, and there are no margins, headers, or footers visible.

Auditoría(autorizado o denegado):.....

PARA SER COMPLETADO POR IPROSS

Delegación:	Fecha: / /
Firma y sello del personal responsable:	