

N° DE AFILIADO _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

NOMBRE Y APELLIDO _____ SEXO _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

Plan Galeno ORO _____ PLATA _____ AZUL _____ BLANCO _____

TIPO DE DIABETES: TIPO 1 TIPO 2 INSULINO-REQUIRIENTE

PESO _____ ALTURA _____ IMC _____

1) Esquemas insulínicos utilizados hasta la fecha:

2) Esquema insulínico propuesto:

3) Insuficiencia renal: SÍ NO

Valor de urea _____ Creatinina _____

Clearance de creatinina _____ Proteinuria 24 hs _____

4) Intercurrencias _____

5) Causa aparente de labilidad _____

(Debe adjuntar copia de los monitoreos glucémicos de los últimos 30 días y laboratorio que incluya hemoglobina glicosilada.)

FIRMA Y SELLO

Dirección y tel. del médico tratante _____