

## INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa a Ud. Que con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de **DIABETES MELLITUS** deberá presentar, en forma semestral y completa la documentación que se detalla a continuación, en las oficinas de atención al socio.

**Se recuerda a los afiliados que deben presentar la Planilla de Registro del paciente con Diabetes Mellitus dos veces al año. La primera presentación debe ser de Enero a Marzo y la segunda de Julio a Septiembre, sin excepción.**

### Documentación a presentar:

- 1- **Planilla de Registro del paciente con Diabetes Mellitus (las dos hojas).**
- 2- Receta médica, que deberá contener datos del afiliado (nombre y apellido, N° de socio, edad), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número, firma y sello del médico especialista tratante, fecha de prescripción.
- 3- Consentimiento informado firmado por el médico especialista y el paciente o su representante.

### Estudios a presentar:

1. Laboratorio completo con fecha de realización máxima de un año.
2. Hemoglobina Glicosilada.

### Importante:

- La documentación solo será recibida en las oficinas de atención al socio detalladas, en caso de estar completa.
- Toda la documentación deberá estar completa con letra clara, legible, imprenta, con la misma tinta, sin enmiendas ni corrector, firmadas, fechada y sellada por el médico especialista.
- En caso de cambio de tratamiento deberá entregar nuevamente todos los formularios.
- La receta médica será recibida siempre que esté dentro de los 30 días de su emisión.
- **La documentación a presentar será evaluada por Auditoría Médica, quien podrá solicitar ampliación de documentación en caso de considerarlo necesario. Su recepción NO es condición suficiente para la aprobación del tratamiento.**
- **Podrá retirar en las farmacias indicadas la medicación prescrita por su médico tratante con el descuento correspondiente luego de la autorización de dicha planilla.**

Fecha: Octubre 2019 V2

Firma del afiliado:

DATOS DEL PROFESIONAL:

Apellido y Nombre.....

Matrícula..... T.E.....

Firma y sello del médico tratante:.....

Firma y sello del Auditor Medico interviniente:.....

Firma y sello del administrativo interviniente: .....

Fecha inicio de la ST: ...../...../.....

Fecha finalización de la ST: ...../...../.....

N° de Situación Terapéutica:.....

Firma del afiliado:

Fecha: Octubre 2019 V2

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellido del paciente..... me dirijo a ustedes a los efectos de manifestar mi total y absoluta conformidad del tratamiento de/ con:..... prescripto/s por mi médico/a tratante Dr./a.:....., Matrícula N°.....; expreso mi satisfacción con la información recibida por mi médico/a tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar todas mis dudas. He comprendido sobre las condiciones y objetivos del tratamiento utilizado, así como los riesgos y cuidados que debo tener según la indicación de mi médico tratante y mi estado de salud.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
TIPO Y N° DE DOCUMENTO

\_\_\_\_\_  
EN CASO DE TUTOR  
(ACLARAR PARENTEZCO)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
ACLARACION

\_\_\_\_\_  
SELLO DEL PROFESIONAL

Firma del afiliado:

Fecha: Octubre 2019 V2

## FORMULARIO DE DIABETES

OBRA SOCIAL (SIGLAS)  N° RNOS

**DATOS DEL AFILIADO**

CUIT/CUIL

APELLIDO  NOMBRE  EDAD  SEXO

DOC TIPO  NRO.  FECHA DE NACIMIENTO  N° AFILIADO

TELÉFONO  TELÉFONO CELULAR

CALLE  N°  PISO  DPTO.  C.P.  BARRIO

LOCALIDAD  PROV.  E-MAIL

**DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE** (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO  NOMBRE

MATRÍCULA  ESPECIALIDAD

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

**DIAGNÓSTICO**

TIPO 1  TIPO 2  OTROS TIPOS  FECHA DE REGISTRO  FECHA DE DIAGNÓSTICO

**COMORBILIDADES**

DISLIPEMIA  OBESIDAD  TABAQUISMO  HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**COMPLICACIONES**

HIPERTROFIA VENTRICULAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	RETINOPATÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	AMPUTACIÓN DE MIEMBROS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CEGUERA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NEFROPATÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INSUF. CARDÍACA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NEUROPATÍA PERIFÉRICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DIÁLISIS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ACC. CEREBROVASCULAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	VASCULOPATÍA PERIFÉRICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TRANSP. RENAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ESTUDIOS	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA
GLUCEMIA EN AYUNAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TA SISTÓLICA	<input type="text"/>	INSPECCION DE PIES	<input type="text"/>
HBA1C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TA DIASTÓLICA	<input type="text"/>	PESO	<input type="text"/>
LDL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CREATININA	<input type="text"/>	TALLA	<input type="text"/>
TRIGLICÉRIDOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FONDO DE OJO	<input type="text"/>		

**TRATAMIENTO**

TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE (ESTATINAS U OTROS) SI  NO  AUTOMONITOREO GLUCÉMICO SI  NO

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SI  NO  ACTIVIDAD FISICA SI  NO

ANTIAGREGACIÓN (ÁCIDO SALICÍLICO U OTROS) SI  NO  BOMBA DE INSULINA SI  NO

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES
HIPOGLUCEMIANTE	GLIBENCLAMIDA <input type="checkbox"/>		5mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	METFORMINA <input type="checkbox"/>		500 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIMEPIRIDE <input type="checkbox"/>		2 mg <input type="checkbox"/> 4 mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTE	GLIPIZIDA <input type="checkbox"/>		5 mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIANTES	OTROS				
TIRAS REACTIVAS	<input type="checkbox"/>	accu check	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	d/d	
INSULINA BASAL				U.I.	
INSULINA DE CORRECCION				U.I.	
OTRAS DROGAS				U.I.	

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO/A

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL  
PROFESIONAL MÉDICO