



Historia Clínica – Anexo III – Planilla de registro del paciente con diabetes mellitus

Fecha:

Apellido y Nombre:

Tipo y nº de documento:

Teléfono:

Mail:

Edad:

Diagnóstico (marcar con "X" la opción que corresponda)

DTM1 ☐DTM2 ☐Gestacional ☐Otras/Cual ☐

Año diagnóstico DTML:

Resumen de Historia Clínica

(En letra clara justifique la condición DBT del paciente y sus principales características)

Comorbilidades (marcar con "X" la opción que corresponda)

Enf. Cardiovascular ☐HTA ☐Obesidad ☐Dislipemia ☐Tabaquismo ☐

Complicaciones

(completar cuáles y desde que fechas las padece)

Cardiovasculares

1 -

2 -

Fecha:

Renales

1 -

2 -

Fecha:

Oftalmológicas

1 -

2 -

Fecha:

Otras

1 -

2 -

Fecha:

Examen Físico (completar datos)

Peso:

Altura:

IMC:

Controles

Glucemia en ayunas

Valor (unidades):

Fecha:

HbA1C

Valor (unidades):

Fecha:

LDLc

Valor (unidades):

Fecha:

Triglicéridos

Valor (unidades):

Fecha:

Microalbuminuria

Valor (unidades):

Fecha:

Creatinina sérica

Valor (unidades):

Fecha:

Relación albúmina/creatinina
en orina matinal¿Realizado? Si ☐ No ☐

Fecha:

Fondo de ojos (Marcar con una "X")

S/RD ☐RDNP ☐RDP ☐

Fecha:

Examen de pie (Marcar con una "X")

Si ☐ No ☐Normal ☐Alterado ☐

Fecha:

TA sistólica / TA diastólica:

Fecha:

Tratamiento / Prescripción

Insulinas de corrección (acción rápida/ultrarrápida)

Nombre:	
Origen (humana y/o análogos):	
Marca:	
Presentación:	
Dosis diaria y año de inicio:	

Insulinas Basales

Nombre:	
Origen (humana y/o análogos):	
Marca:	
Presentación:	
Dosis diaria y año de inicio:	

Mezclas (con insulina humana o análogos de insulina)

Nombre:	
Marca:	
Presentación:	
Dosis diaria y año de inicio:	

Otros

Bomba de insulina: Si ☐ No ☐	Especificaciones:
Glucagón (presentación - dosis - marca):	
Agonistas GLP-1 (presentación - dosis):	

Hipoglucemiantes Orales

Grupo Farmacológico	Droga	Dosis diaria	Año de inicio
Biguanidas:			
Sulfonilureas:			
Inhibidores de DPP-4:			
Inhibidores de SGLT-2:			
Pioglitazona:			
Tiras reactivas / sensores:			

Otros tratamientos

Grupo Farmacológico	Droga	Dosis diaria
Antihipertensivo:		
Hipolipemiantes:		
Antigregantes:		

Estilo de vida

Automonitoreo	Si ☐	No ☐	Cuántos por día:
¿Educación Diabetológica?	Si ☐	No ☐	

Mail de Contacto de Médico/a Tratante:

Fecha Actual: ____ / ____ / ____

Firma y sello médico/a auditor _____ Firma y sello médico/a tratante _____