

# CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONA CON DIABETES MELLITUS

## 1. DATOS FILIATORIOS

- Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_
- DNI: \_\_\_\_\_ N° de Afiliado: \_\_\_\_\_
- Fecha de Nacimiento: / / Edad: \_\_\_\_\_
- Género: \_\_\_\_\_
- Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_
- Provincia: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

## 2. ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO

- Tipo de diabetes mellitus:  1  2  Gestacional  Otro: \_\_\_\_\_
- Fecha / Año de diagnóstico: \_\_\_\_\_

## 3. EXAMEN FÍSICO

- Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_
- Circunferencia de Cintura/Abdominal: \_\_\_\_\_
- Tensión Arterial: TAS: \_\_\_\_\_ TAD: \_\_\_\_\_
- Examen de pie:  Realizado  No realizado
  - Inspección: \_\_\_\_\_
  - Sensación Protectora:  Presente  Ausente

## 4. COMPLICACIONES Y COMORBILIDADES

- Hipoglucemias:  No  Si ([  Leve  Severa) Fecha: \_\_\_\_\_
- Retinopatía:  No  RDNP  RDP  Ceguera. Fecha: \_\_\_\_\_
- Nefropatía:  Si  No. Fecha: \_\_\_\_\_  
 Diálisis  Trasplante renal. Fecha: \_\_\_\_\_
- Neuropatía Periférica:  Si  No. Fecha: \_\_\_\_\_
- Macrovasculares:  Si  No  
Infarto Agudo Miocardio  Insuficiencia Cardíaca  ACV  Vasculopatía Periférica  Amputaciones.  
Hipertrofia Ventricular. Fecha: \_\_\_\_\_
- Comorbilidades:
  - HTA:  Si  No **Dislipemia:**  Si  No
  - Tabaquismo:  Si  No **Obesidad:**  Si  No

## 5. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Últimos 12 meses)

- HbA1c: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- Glucemia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- **Microalbuminuria / Rel. Albúmina-Creatinina:** [ ] Realizado [ ] No realizado
- **Perfil Lipídico:** LDL: \_\_\_\_\_ Triglicéridos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- **Creatinina:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- **Fondo de Ojo:** [ ] Realizado [ ] No realizado. Resultado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 6. TRATAMIENTO

- **Plan Alimentación Saludable:** [ ] Si [ ] No **Educación Diabetológica:** [ ] Si [ ] No

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO
Metformina			
Sulfonilureas			
Inhibidores DPP-4			
Inhibidores SGLT-2			
Agonistas GLP-1			
Insulina Basal	[ ] Vial [ ] Lapicera		
Insulina Rápida/Corrección	[ ] Vial [ ] Lapicera		
Bomba de Insulina e Insumos			
Otros (Meglitinidas, Tiazolidenidionas, etc.)			

- **Tratamiento Comorbilidades:**  
[ ] Hipolipemiante [ ] Antihipertensivo [ ] Antiagregación (AAS u otros)

## 7. DATOS DEL PROFESIONAL

- **Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_
- **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Mail:** \_\_\_\_\_
- **Firma y Sello:**
- **Fecha:** \_\_\_\_\_

Abreviaturas: IMC: índice de masa corporal; RD: retinopatía diabética; RDNP: retinopatía diabética no proliferativa; RDP: retinopatía diabética proliferativa.