

**CENSO ENFERMOS DIABETICOS TIPO II**

Nº de Afiliado:.....  
 Nombre y apellido:.....  
 Fecha de nacimiento:..... Edad:..... Tipo Doc:..... Nº Doc:.....  
 Domicilio:.....  
 Calle:..... Nº:..... Dto:..... Piso:.....  
 Tel:..... Estado Civil:..... Hijos:.....

A que edad o en que año se le declaro la Diabetes:..... Padece en la actualidad alguna otra enfermedad?      SI      NO  
 Cual/es?:.....

Nombre del Médico Endocrinólogo:.....

Secuelas:.....

**METODOS DE CONTROL DE GLUCOSA EN SANGRE**

¿ Utiliza algunos de estos elementos para medir los niveles de glucosa en sangre ?

Tiras reactivas Haemoglukotest:      SI      NO      Cantidad al mes:.....  
 Equipo de lectura digital:      SI      NO      Marca:.....  
 Cantidad de tiras reactivas por mes:..... Marca:.....

Para extraer la muestra de sangre utiliza:

Lancetas:      SI      NO      Marca:..... Cantidad al mes: .....  
 Agujas descartables: SI      NO      Tipo:..... Cantidad al mes: .....

¿Reutiliza los elementos punzantes en más de una oportunidad?      SI      NO      ¿Cuantas veces?: .....

**HIPOGLUCEMIANTE**

Indicar el medicamento prescrito para su tratamiento:.....

Dosis mensual:.....

Otros medicamentos:.....

EN EL DIA DE LA FECHA RECIBO EQUIPO SENSOR DE MEDICION DE GLUCOSA SANGUINEA OPTIUM SERIE .....

- LOTE .....

ENTREGO EQUIPO .....

BAHIA BLANCA, ..... De ..... De 201.....

Firma Afiliado: .....

Aclaración: .....