

BETA 1 y BETA 2

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____

N° DE DOCUMENTO _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ TELEFONO: _____

CORREO ELECTRONICO(IMPORTANTE): _____

MEDICO TRATANTE: _____

DIABETES TIPO:

PATOLOGIAS ASOCIADAS:

PESO:

TALLA:

IMC:

PA:

HEMOGLOBINA GLICOSILADA:

GLUCEMIA:

MICROALBUMINURIA:

COLESTEROL TOTAL:

HDL:

LDL:

TRIGLICERIDOS:

RESUMEN CLÍNICO:

PROTOCOLO TERAPEÚTICO:

FECHA
APELLIDO Y NOMBRE PROFESIONAL
MATRICULA
FIRMA