



**Caja de Seguridad Social para los Profesionales del Arte de Curar  
de la Provincia de Santa Fe - ( Ley 10419 )**

**Sede**

25 de Mayo 1867 - P.B. - 3000 Santa Fe  
Tel./Fax (0342) 4593385 (seis líneas rotativas)  
Tel./Fax (0342) 4594305 - Turismo  
E-mail : artedecurar@sfe.cpac.org.ar

**Delegación**

Jujuy 2154 - 2000 Rosario  
Tel./Fax (0341) 4251158 (cinco líneas rotativas)  
Tel./Fax (0341) 4485704 - Turismo  
E-mail : artedecurar@ros.cpac.org.ar

**Registro de Pacientes con Diabetes**

**Datos Personales**

Apellido:				Nombres:		
Fecha de Nacimiento:				Sexo:		
Documento	Tipo:		Número:		N° OSPAC:	
Profesión / Ocupación:						

**Domicilio**

Calle:			Piso:		Dpto.:		Manzana:	
Teléfono:			Localidad:		Provincia:			

Si tiene otra cobertura de obra social, además de OSPAC, indique:

Nombre Obra Social:			Número Afiliado:	
---------------------	--	--	------------------	--

**Tipo de Diabetes:**

I	II	Insulino Requirente	Gestacional
---	----	---------------------	-------------

**Complicaciones Secundarias**

Retinopatía		Nefropatía		Neuropatía		Vasculares	
IAM		ACV		Amputación de Miembros		HTA	

**Tratamiento**

Tratamiento	Cantidad de Comprimidos		Marca Comercial que utiliza
	Diarios	Mensuales	
Sulfanilureas			
Metformina 500			
Metformina 850			
Metformina 1000			
Otro:.....			

**Insulina:**

Bovina		Porcina		Humana		Análogos	
--------	--	---------	--	--------	--	----------	--

**Presentación**

	NPH		Corriente		Análogos		Marca Comercial
	Ampolla 10 ml	Cartuchos 3 ml	Ampolla 10 ml	Cartuchos 3 ml	Ultrarrápida	Ultralenta	
Dosis / Día							
Envases / Mes							

**Tiras Reactivas para Autocontrol Glucémico**

	Nombre Comercial	Uso Diario	Cantidad / Mes

Observaciones/Comentarios : .....

.....

.....

.....

.....

Si alguno de los datos personales no fuera correcto, por favor sírvase corregirlo.  
Completar con una X al lado de la opción correcta, o brinde la información solicitada con letra clara y legible.