



## Obra Social de la Universidad Nacional de Rosario

Santa Fe 2579 – 2000 Rosario - Tel.: 0810-345-0413

Sitio Internet: <https://www.osunr.com.ar>

Sres. Afiliados:

El presente formulario es requisito para el empadronamiento de pacientes con Diabetes, según ley 23753, Resolución del Ministerio de Salud de la Nación 1156/2014, en su Anexo III y Decreto 1286/2014 de Reglamentación por parte de Presidencia de la Nación.

En su Anexo II: Normas de Provisión de Medicamentos e Insumos para Personas con Diabetes, comprende los siguientes medicamentos e Insumos:

- Metformina
- Glibenclamida
- Glipizida
- Glimepirida
- Insulinas Bovinas, Porcinas, Humanas y Analogos
- Jeringas descartables
- Agujas descartables
- Lancetas descartables
- Tiras reactivas para AMG, tiras reactivas para acetona en sangre y orina, tiras reactivas para Glucosa en Orina
- Reflectometro
- Bomba de Infusión Continua para insulina y sus insumos descartables

Todo lo enunciado en las condiciones establecidas por la normativa mencionada.

A la presente ficha, completa, firmada y sellada por el profesional tratante se debe adjuntar copia de:

- Glicemia ó Hemoglobina Glicosilada ó POTG que originó el diagnostico de DBT

**Nuevamente recordamos, como en múltiples tramites, que en caso de poseer otras Obras Sociales, deberá gestionar ante las mismas igual cobertura, para cumplir el criterio de Solidaridad entre las Obras Sociales, recordando que nuestra Institución no cuenta con reintegro por parte del Estado Nacional para tales erogaciones.**

**OBRA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**



**Para completar por el profesional tratante**

**DATOS FILIATORIOS**

Nombres y Apellidos:

.....

Edad: ..... Sexo: F  M  D.N.I.: .....

Tipo de Diabetes Tipo 1: ..... Tipo 2: .....

Gestacional: .....

Otros tipos de diabetes: .....

Años de antigüedad: .....

Antecedentes Familiares de Diabetes: .....

**DATOS ANTROPOMETRICOS**

Peso: ..... Talla: ..... IMC: ..... (\*) CC: ..... (\*\*)

(\*) Índice de Masa Corporal

(\*\*) Perímetro de Cintura

**COMPLICACIONES**

1. **Presenta hipoglucemias:** SI  NO

En caso afirmativo, responda:

**Grado**

Leve

Moderada

Con pérdida de conocimiento

Frecuencia Semanal  veces

2. Retinopatía SI  NO

3. Neuropatía SI  NO

4. Nefropatía SI  NO

5. Macrovascular: SI  NO



**DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO**

Fármaco	Dosis	Mg/Día	Antigüedad
Metformina			
Glibenclamida			
Glicazida			
Insulina NPH			
Insulina CORRIENTE			

**LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

- 1. HbA1c (dos últimos valores):
- 2. Glucemia de Ayuno (dos últimos valores):
- 3. Fondo de ojo:
- 4. Función renal:
- Creatinina
- Urea
- Clearance de creatinina
- Microalbuminuria
- 5. Examen de pie:

.....

Firma y Sello del Profesional



# Obra Social de la Universidad Nacional de Rosario

Santa Fe 2579 – 2000 Rosario - Tel.: 0810-345-0413

Sitio Internet: <https://www.osunr.com.ar>

**Para completar por el Afiliado**

**Afiliado N°:**

**Apellido y Nombres:**

**Edad:**

**Tipo de afiliado:**

**Posee otra Obra Social:**

**SI**

**NO**

**Cual/es:**

.....  
Firma del afiliado

**La presente tiene carácter de Declaración Jurada, y será verificada por medio de los sistemas nacionales disponibles al efecto, falsear datos incluidos en la misma lo hará pasible de las sanciones correspondientes.**

**Consejo Directivo O.S.U.N.R.**