



# DOSPU

Dirección de Obra Social para el Personal Universitario  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS

## PLANILLA DE REGISTRO DE PACIENTES CON DIABETES A COMPLETAR POR SU MEDICO ESPECIALISTA UNA VEZ POR AÑO.

Apellido y Nombre	<input type="text"/>	N° de Afiliado	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
		Fecha Actual	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>

Año de Diagnóstico	<input type="text"/>	Edad al diagnóstico	<input type="text"/>
DM 1	<input type="checkbox"/>	DM 2	<input type="checkbox"/>
GESTACIONAL	<input type="checkbox"/>	otros	<input type="text"/>

### COMORBILIDADES

HTA	<input type="checkbox"/>	OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	DISLIPIDEMIA	<input type="checkbox"/>	TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----------	--------------------------	--------------	--------------------------	------------	--------------------------

### COMPLICACIONES AGUDAS en los últimos 6 meses

Hipoglucemias: SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Frecuencia	<input type="text"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>
Internaciones: SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Causa:	<input type="text"/>	Días de Internación	<input type="text"/>				

### COMPLICACIONES CRÓNICAS: Haga una cruz en caso afirmativo

CEGUERA	<input type="checkbox"/>	NEFROPATÍA	<input type="checkbox"/>	NEUROPATÍA	<input type="checkbox"/>	HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA	<input type="checkbox"/>	HVI	<input type="checkbox"/>	IAM	<input type="checkbox"/>
IC	<input type="checkbox"/>	ANGOR	<input type="checkbox"/>	CLAUDICACION INTERMITENTE	<input type="checkbox"/>	REVACULARIZACION	<input type="checkbox"/>	AMPUTACIÓN	<input type="checkbox"/>		

### ESTUDIOS DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES: Presentar fotocopia de los mismos

Glucemia	<input type="text"/>	HbA1c	<input type="text"/>	Col Total	<input type="text"/>	Col LDL	<input type="text"/>
Triglicéridos	<input type="text"/>	Creatinina	<input type="text"/>	Microalbuminuria	<input type="text"/>	Col HDL	<input type="text"/>

### EXAMEN FISICO

PESO	<input type="text"/>	TALLA	<input type="text"/>	IMC	<input type="text"/>	TA	<input type="text"/>
------	----------------------	-------	----------------------	-----	----------------------	----	----------------------

### EXAMEN DE PIE

Realizado SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Alterado	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	----	--------------------------	--------	--------------------------	----------	--------------------------

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL  
MEDICO ESPECIALIZADO



Dirección de Obra Social para el Personal Universitario  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS

## PLAN DE DIABETES FICHA DE CONSUMO PARA EL AFILIADO

Apellido y Nombre

N° de Afiliado

Vencimiento

Si al momento de la actualización no ha completado correctamente con los estudios, los medicamentos tendrán la cobertura de los medicamentos ambulatorios.

	DROGAS CON NOMINACIÓN GENÉRICA	CONCENT Mg. U,	PRESENTACION Comp, lapic,x.....	CANTIDAD POR MES	COBERTURA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

/ /

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR



# DOSPU

Dirección de Obra Social para el Personal Universitario  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS

## PLAN DE DIABETES NORMATIVAS PARA EL AFILIADO

La cobertura ampliada de los Medicamentos del Plan de Diabetes se realiza a partir de la Ley Nacional 23.753. Res. 764/2018 con cobertura del 100%

### REQUISITOS PARA EL INGRESO

- 1°▶ Hacer completar la PLANILLA DE REGISTRO por el médico especialista.
- 2°▶ Adjuntar el resultado de los análisis de Laboratorio realizados en los últimos 6 meses.
- 3°▶ Haber realizado, como mínimo, 3 Consultas al médico ESPECIALIZADO EN DIABETES, 1 al OFTALMÓLOGO y 1 al CARDIOLOGO en el transcurso del año anterior a la presentación de dicha Ficha de registro.
- 4°▶ Mensualmente Ud. podrá retirar la medicación en la Farmacia de DOSPU.

La vigencia del Plan será de 1 año. Si al momento de presentar la documentación no estuvieran los requisitos establecidos en los puntos 2° y 3°, la vigencia del Plan será sólo de 4 meses.

SI EL PLAN NO ESTA VIGENTE TENDRÁ COBERTURA DE LA MEDICACIÓN AMBULATORIA HABITUAL



### A COMPLETAR POR EL AFILIADO

En el día de la fecha, he tomado conocimiento de las **NORMATIVAS DEL PLAN DE DIABETES**.  
La información abajo detallada, tiene valor de Declaración Jurada.

Tiene otra Obra Social SI  NO  CUAL

Sr. Afiliado, Ud. debe gestionar en su otra Obra Social la cobertura de Medicamentos e Insumos, teniendo en cuenta que la DOSPU no cuenta con Reintegro por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, según Ley 23.753

Actividad Física SI  NO  Frecuencia semanal

Realizó Consulta Nutricional en el último año SI  NO

Ha recibido educación por parte de su médico en cuanto a:

Cuidados del pie SI  NO  Orientación Alimentaria SI  NO

/ /

FECHA

FIRMA DE CONFORMIDAD DEL AFILIADO



