



Boletín Suplemento de Estadísticas de los Hospitales
Oficina Sanitaria del Poder Judicial de la Nación

REGISTRO EPIDEMIOLOGICO - PACIENTES DIABETICOS
FARMACIA DE LA OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACION

NOMBRE/s y APELLIDO/S: Fecha/...../.....
Teléfono (.....)

Afiliado N°: / sexo: Edad:

RESUMEN DE HISTORIA LINICA.....

.....
.....

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:

INSULINA			
Nombre comercial	Tipo de insulina	Presentación	UI por día

HIPOGLUCEMIANTE ORALES	
Nombre y presentación	Comprimidos por día

MATERIAL DESCARTABLE		
Nombre comercial	producto	Cantidad diaria

Lugar y Fecha : firma y sello del profesional
N° de prestador : Lugar de atención : teléfono : (.....)
Representante OSPIN (firma y aclaración) : Fecha :/...../.....