



SOLICITUD DE KIT DIABETICO INSULINO DEPENDIENTE

Delegación / D.A.A.: Fecha: / /

Estamento de recepción del kit:

DATOS DEL SOCIO BENEFICIARIO

Apellido y Nombres:

DNI:

Nº de Socio: Categoría:

Domicilio: Localidad: Provincia:

Teléfono de línea:

Teléfono celular - Código de área: Número:

Correo electrónico:

DATOS DEL SOCIO TITULAR

Apellido y Nombres:

DNI:

Nº de Socio: Categoría:

Domicilio: Localidad: Provincia:

Teléfono de línea:

Teléfono celular - Código de área: Número:

Correo electrónico:

Firma Socio Titular:

INFORMACION CLINICA

1 - ADJUNTAR RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA (Debe constar con domicilio y teléfono del Centro Asistencial, firma y sello legible del médico tratante).

2 - DIAGNOSTICO:

3 - ESTADO DE SALUD ACTUAL:

4 - TRATAMIENTO:

5- FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONTROLES DE GLUCOSA EN SANGRE:

SOLICITUD DE MATERIALES

6 - INDICACION DE TIRAS REACTIVAS

7 - POSEE MEDIDOR DE GLUCOSA: SI NO

MARCA

.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO RESPONSABLE

.....
FECHA

NOTA: Es de requisito indispensable que la cuota social se encuentre al día.