

Apellido Nombre Código efector
 Tipo Doc. N° Doc. Fecha de Nac. / / Sexo F M

FUMA SÍ / NO / PASIVO / EX (En caso afirmativo, se recomienda dar un consejo sobre cesación tabáquica).

DATOS DE SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL		FUMA : SÍ NO	Visita N° <input type="text"/>
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DBT2 <input type="text"/> HTA <input type="text"/>		PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HTA <input type="text"/>	
TA Sist. <input type="text"/>	Peso <input type="text"/>	TA Sist. <input type="text"/>	
TA Diast. <input type="text"/>	Talla <input type="text"/>	TA Diast. <input type="text"/>	
Glucemia <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>		
EVOLUCIÓN DEL RCVG			
RCVG	Bajo <input type="text"/>	Moderado <input type="text"/>	Alto <input type="text"/> Muy Alto <input type="text"/>
Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Firma y sello del profesional <input type="text"/> <small>(sólo en caso que el formulario sea parte de la HC)</small>		

DATOS DE SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL		FUMA : SÍ NO	Visita N° <input type="text"/>
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DBT2 <input type="text"/> HTA <input type="text"/>		PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HTA <input type="text"/>	
TA Sist. <input type="text"/>	Peso <input type="text"/>	TA Sist. <input type="text"/>	
TA Diast. <input type="text"/>	Talla <input type="text"/>	TA Diast. <input type="text"/>	
Glucemia <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>		
EVOLUCIÓN DEL RCVG			
RCVG	Bajo <input type="text"/>	Moderado <input type="text"/>	Alto <input type="text"/> Muy Alto <input type="text"/>
Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Firma y sello del profesional <input type="text"/> <small>(sólo en caso que el formulario sea parte de la HC)</small>		

DATOS DE SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL		FUMA : SÍ NO	Visita N° <input type="text"/>
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DBT2 <input type="text"/> HTA <input type="text"/>		PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HTA <input type="text"/>	
TA Sist. <input type="text"/>	Peso <input type="text"/>	TA Sist. <input type="text"/>	
TA Diast. <input type="text"/>	Talla <input type="text"/>	TA Diast. <input type="text"/>	
Glucemia <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>		
EVOLUCIÓN DEL RCVG			
RCVG	Bajo <input type="text"/>	Moderado <input type="text"/>	Alto <input type="text"/> Muy Alto <input type="text"/>
Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Firma y sello del profesional <input type="text"/> <small>(sólo en caso que el formulario sea parte de la HC)</small>		

CONTROL ANUAL

Es obligatorio completar estos datos al menos 1 vez al año para evaluar al paciente como "Bien Seguido".
 Los datos pueden ser llenados en cualquier momento del año.

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DBT2		HTA	PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HTA		
ECG c/ avaluac. <input type="text"/>	Fondo de ojo <input type="text"/>	<input type="text"/>	ECG c/ avaluac. <input type="text"/>	Fondo de ojo <input type="text"/>	
Col. Tot. <input type="text"/>	Cl. de Creatinina <input type="text"/>	<input type="text"/>	Col. Tot. <input type="text"/>	Peso <input type="text"/>	
HDL <input type="text"/>	Microalbuminuria <input type="text"/>	<input type="text"/>	HDL <input type="text"/>	Talla <input type="text"/>	
LDL <input type="text"/>	HbA1c <input type="text"/>	<input type="text"/>	LDL <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>	
TAGs. <input type="text"/>	Examen de pies <input type="text"/>	<input type="text"/>	TAGs. <input type="text"/>	Glucemia <input type="text"/>	
Cl. de Creatinina <input type="text"/>	<small>Cl. de Creatinina mujeres: $[(140 - \text{Edad}) \times \text{Peso en Kg.}] / (72 \times \text{Creatinina Prasmática}) \times 0.85$</small>		Cl. de Creatinina <input type="text"/>	<small>Cl. de Creatinina hombres: $[(140 - \text{Edad}) \times \text{Peso en Kg.}] / (72 \times \text{Creatinina Prasmática})$</small>	
Interconsulta esp. 1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>	Interconsulta esp. 1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>