



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL  
DE PANADERIAS  
RNOS: 1-1390-8

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

### Otros tratamientos:

Nombre genérico	Dosis diaria	Dosis mensual	Dosis anual
Antihipertensivos			
Hipolipemiantes			
Antiagregantes			

### Fundamentación médica del uso de la medicación indicada:

---

---

---

---

### Estilo de vida:

Automonitoreo	SI ( ____ veces x semana)	NO
Actividad física	SI	NO
¿Fuma actualmente?	SI	NO
¿Cumple tratamiento?	SI	NO
¿Educación diabetológica?	SI	NO
¿Plan de alimentación saludable?	SI	NO
¿Cumple con indicaciones dietarias?	SI	NO

Firma y sello del médico tratante: