



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*

*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

PLANILLA PARA TRATAMIENTO DE DIABETES  
FARMACIA DE LA OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN

FECHA: ..... / ..... / .....

NOMBRE/S y APELLIDO: .....

AFILIADO N°: ..... / ..... TELÉFONO: ..... MAIL: .....

DIAGNÓSTICO / RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: .....

.....

.....

.....

.....

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:

INSULINA				
Tipo de Insulina	Nombre Comercial	Presentación	UI por día	Cobertura OS

HIPOGLUCEMIANTES ORALES			
Nombre Genérico	Presentación	Comprimidos / día	Cobertura OS

MATERIAL DESCARTABLE			
Producto	Nombre Comercial	Cantidad / día	Cobertura OS

N° de Prestador: ..... Firma y Sello del Profesional: .....

Autorizado por: .....

Firma y Sello Médico/a Auditor/a