

**EMPADRONAMIENTO PARA PACIENTES CON DIABETES  
PLAN DE TRATAMIENTO**

**Datos del Beneficiario**

Nº de Afiliado: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Plan de Tratamiento**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Medicamento, Forma, Potencia, Contenido	Dosis diaria	Duración del tratamiento*

\*Indicar la duración del tratamiento en días o meses hasta un tope de seis meses.

**Datos del Médico Tratante:**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Fecha de emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma y Sello: