

Este equipo de salud quiere conocerte



Tomamos tus datos, nos conocemos y ayudamos a cuidarte

Formulario de Empadronamiento y Clasificación Redes Ministerio de Salud Presidencia de la Nación

CAPS DE REFERENCIA CÓD. EFECTOR FECHA EMP. / /

APELLIDO NOMBRE TIPO DE DOC. NRO.

FECHA DE NACIMIENTO / / EDAD-AÑOS SEXO OBRA SOCIAL MUTUAL PREPAGA NINGUNA

PROV. DEPTO. MUNICIPIO LOC.

CALLE-RUTA NRO./KM URBANO RURAL BARRIO

MZ. EDIFICIO PISO CASA-DEPTO CAMINO CAMPO LOTE PARCELA

TEL. E-MAIL

FACTORES DE DERIVACIÓN AL CAPS

¿Ud. tuvo infarto, ACV (ataque cerebral) o problema cardíaco? SI NO NSNC

¿Ud. es hipertenso? SI NO NSNC ¿Toma medicación? SI NO NSNC

¿Dónde retira la medicación?

¿Tiene algún familiar con diabetes? SI NO NSNC

Medición del perímetro abdominal*: cm

* Mujer: mayor de 88 cm, Varón: mayor de 102 cm.

PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

EDAD	HOMBRE		MUJER	
	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador
70	MA	MA	MA	MA
	A	A	A	A
	M	A	M	A
69	MA	MA	MA	MA
	MA	MA	MA	MA
	M	A	M	M

PERSONAS SIN DIABETES MELLITUS

EDAD	HOMBRE		MUJER	
	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador
180	MA	MA	MA	MA
160	A	MA	M	A
140	M	A	M	M
120	B	M	B	M
180	MA	MA	MA	MA
160	M	MA	M	A
140	B	M	B	B



Te ayudamos a cuidar tu corazón y tu presión

