



SOLICITUD DE CAMBIO DE APARATO MEDIDOR DE GLUCEMÍA

A petición de:

Paciente Endocrino Enfermera Medico de familia

El paciente D.....
de....años, adscrito al C.S..... y con N° de Hist:.....,
diagnosticado de diabetes tipo.....y en tratamiento con
.....

SOLICITA:

Cambiar el medidor de glucosa actualmente utiliza para su autocontrol de la marca.....por el medidor;

APARATO

TIRAS

<input type="checkbox"/> 033217 ABBOTT	<input type="checkbox"/> 035273 ABBOTT
<input type="checkbox"/> 033964 ROCHE	<input type="checkbox"/> 036293 ROCHE
<input type="checkbox"/> 033962 MENARINI	<input type="checkbox"/> 036275 MENARINI
<input type="checkbox"/> 034727 BAYER	<input type="checkbox"/> 034338 BAYER
<input type="checkbox"/> 036284 JONHSON	<input type="checkbox"/> 033961 JONHSON

Haciendo entrega del actual que se le había proporcionado anteriormente.

Motivos por los que se solicita el cambio:.....

.....

Así mismo su médico D.....y su enfermera D.....manifiestan su conformidad con el cambio.

Médico

Enfermera

Paciente

SÍ se autoriza cambio de glucómetro

NO se autoriza cambio de glucómetro

Motivos:.....

.....

Fecha

Firma

SELLO GERENCIA