# MF.13 – Registro de Mediciones

## Pacientes Insulinodependientes

Esta Ficha deberá ser completada durante un periodo no inferior a 30 días por los pacientes insulinodependientes que soliciten más de 200 tiras reactivas en 6 meses.

Además el afiliado deberá adjuntar:

1- PEDIDO MEDICO

2- Resultado de HEMOGLOBINA GLICOSIDADA

| **Día** | | **valor de la medición** |
|---|---|---|
| *fecha* | *hora* | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| **Día** | | **valor de la medición** |
|---|---|---|
| fecha | hora | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Sello Mesa de Entradas |
|---|
| |

| Firma Afiliado |
|---|
| |
| Aclaración |
| Fecha |

**Original**: Mutual. **Duplicado**: Afiliado