



MUNICIPALIDAD DE RIO CEBALLOS

AVDA. SAN MARTIN 4413 - C.P.5111 - CORDOBA

TEL:(03543) 451502/1241/1020/3355

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA: ____/____/____

SOLICITUD de INTERCONSULTA e INFORME MEDICO DIABETÓLOGO
o ENDOCRINÓLOGO:

- Tipo de DBT Y ETAPA SEGÚN F.O

- Evolución durante el último año (descompensación,
internación, cetoacidosis, etc)

- Tratamiento actual de su DBT.

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO _____