



INSTITUTO DE OBRA SOCIAL
DEL EMPLEADO PROVINCIAL

APELLIDO Y NOMBRE: _____

EDAD: _____ CUIL: _____ AFILIADO N°: _____

FECHA: ____/____/____

RETINOPATÍA	CONTROL	INDICACIÓN
NO retinopatía <input type="checkbox"/>	ANUAL <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
No Prolif. Leve <input type="checkbox"/>	9 MESES <input type="checkbox"/>	Laser <input type="checkbox"/>
No Prolif. Moderada <input type="checkbox"/>	4 MESES <input type="checkbox"/>	Vitrectomía <input type="checkbox"/>
No Prolif. Severa <input type="checkbox"/>	2-3 MESES <input type="checkbox"/>	Cirugía <input type="checkbox"/>
Proliferativa <input type="checkbox"/>	1 MES <input type="checkbox"/>	

Cataratas <input type="checkbox"/>	Glaucoma <input type="checkbox"/>
Edema Macular <input type="checkbox"/>	Hemorragia Vitrea <input type="checkbox"/>

Informe: _____

Médico que realizó la práctica

25 DE MAYO N°245 - SANTIAGO DEL ESTERO

www.iosep.gob.ar