

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS POR PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES. RESOL.SSS 310/2004

Fecha:/...../.....

Datos del afiliado

Apellido y Nombre:.....

Afilado Nº..... Plan:..... Fechade Ingreso:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....C.P: E-mail(part.-laboral):

Tel. Particular:Tel.(part-laboral):.....

Breve resumen de Historia clínica:(especificando las limitaciones de uso de otras drogas y tiempo de evolución)

.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO ACTUAL (completar todos los datos)

Droga (Genérico)	Marca Comercial	Unidad Posológica	Comp./día	Tiempo prescripto en meses	Dictamen Audit.

Datos del Médico Tratante

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea, otras AR. |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Asma bronquial |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica | <input type="checkbox"/> Enf. Extrapiramidal |
| <input type="checkbox"/> Coagulopatías | <input type="checkbox"/> Enf. Psiquiatría, mod. conducta |
| <input type="checkbox"/> Anticoncepción | <input type="checkbox"/> Síndrome Metabólico |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Dislipemias | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa/Crohn | <input type="checkbox"/> |

Datos del Médico Tratante

Apellido y Nombre:.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Teléfono:.....Horarios de consulta:.....

.....
FIRMA Y SELLO

.....
FECHA

.....
VIGENCIA HASTA