



Solicitud de medicamentos por Patologías Crónicas Prevalentes.Resol.SSS 310/2004

Fecha:

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:.....

Afilado N°..... Plan: Fecha de 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.

DIAGNÓSTICO (a completar por médico tratante)

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

- Hipertensión arterial
- Gota
- Enfermedad coronaria
- Insuficiencia cardíaca
- Arritmia crónica
- Coagulopatías
- Anticoncepción
- EPOC
- Dislipemias
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Colitis ulcerosa/Crhon

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

- Epilepsia
- Artritis reumatoidea, otras AR.
- Asma bronquial.
- Glaucoma
- Enf. Extrapiramidal
- Enf.Psiquiatrica,mod.conducta
- Sindrome Metabolico
- Otros.....
-
-
-
-

Datos del Médico tratante:

Apellido y Nombre:.....

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

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

.....

Firma y sello

.....

Fecha

Vigencia Hasta:.....