

Lugar: _____

Fecha _____ / _____ / _____

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE _____

Nº DOCUMENTO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____

Nº AFILIADO DAS / OMINT _____ SEXO _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO MOVIL _____ TELÉFONO PARTICULAR _____

DIAGNÓSTICO (marcar con una x las patologías que correspondan)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Diabetes I | <input type="checkbox"/> Gota / Hiperuricemia | <input type="checkbox"/> Dislipemia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Diabetes II | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intestinal Crónica |
| <input type="checkbox"/> Arritmia Crónica | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Psicopatología (DSM IV) | <input type="checkbox"/> Coagulopatías |
| <input type="checkbox"/> Asma Bronquial | <input type="checkbox"/> Otras | | |

Detalle o ampliación u otras: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (consignar tiempo de evolución)

TRATAMIENTO (consignar todos los datos)

Principio activo o Drogas	Potencia	Forma terapéutica	Dosis Diaria
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

CONFORMIDAD DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE _____

MATRÍCULA _____

TELÉFONO _____

**Firma y Sello del
 Profesional**

**Firma del
 Paciente**

Este FORMULARIO deberá estar acompañado de la RECETA, donde especifique principio activo, presentación y concentración

Este FORMULARIO tiene validez anual salvo cambio de prescripción o dosis, en ese caso, deberá completarlo nuevamente.

Auditoría Médica DAS podrá solicitar información adicional y/o documentación que considere necesaria a fin de evaluar la medicación prescripta.