



## Medicación para Patologías Crónicas Prevalentes (70%)

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se deja constancia que la vigencia semestral de este formulario, no lo/a exime de su responsabilidad de concurrir a los controles médicos indicados por su médico/a tratante y que de haber modificaciones en el tratamiento, deberá presentar nuevamente el Formulario "Medicación para Patologías Crónicas Prevalentes (70%)" actualizado.  
Auditoría Médica podrá solicitar información y/o documentación adicional que considere necesaria a fin de evaluar la medicación prescripta.

### 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

APELLIDO Y NOMBRE \_\_\_\_\_  
MATRÍCULA \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del  
Profesional

### CONFORMIDAD DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
Firma del  
Paciente