

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