

FORMULARIO DE MEDICACION DESTINADA A ENFERMEADES CRONICAS.

“Valido por el termino de un año, según fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco deberá enviar nuevo formulario”

Nombre y Apellido:
 N° de afiliado:
 Domicilio: Localidad:
 Codigo Postal: Provincia:
 Telefono fijo y/o celular: (.....)
 E-mail:

DIAGNOSTICO (datos que deben ser completados por el Medico, tildar casillero que corresponda).

<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes Insulino Dep.	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	Epilepcia
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/>	Diabetes no Insulino Dep.	<input type="checkbox"/>	Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	Enf. Inflamatoria
<input type="checkbox"/>	Arritmia Cronica	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	Enf. De Parkinson	<input type="checkbox"/>	Coagulopatía
<input type="checkbox"/>	Disipemia	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Enf. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Otras Patologías Crónicas

Aclarar otras patologías crónicas: _____

BREVE RESUMEN HISTORIA CLINICA (Llenar por el Medico tratante, aclarar tiempo de evolución de patologia): _____

TRATAMIENTO VALIDO POR UN MES (CONSIGNAR TODOS LOS DATOS)

	DROGA	FORMA FARMACEUTICA MG	DOSIS POR DIA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Informar teléfono de consultorio y horario.

Teléfono: _____ Día: _____ Horario: _____

 Firma y sello de Profesional

Fecha: __/__/20

Tte. Gral. Juan Domingo Peron 725 4°
 Tel: (011) 3986-6970/71/72 – 0800-345-6969