

Formulario de solicitud de Medicamentos Resolución 310/2004

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: _____

N de Afiliado: _____ DNI: _____ N° Historia Clínica: _____

Domicilio _____ Localidad: _____ CP: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

DIAGNOSTICO (Datos a completar por el medico de cabecera- tratante)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Diabetes No Insulinodep.
van por res. 948/19 | <input type="checkbox"/> Enf. De Parkinson | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Diabetes Insulino dep. | <input type="checkbox"/> Enf. Psiquiatricas (DSM IV F29) | <input type="checkbox"/> Epoc |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dislipemia |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Asma Bronquial | <input type="checkbox"/> Coagulopatias |
| <input type="checkbox"/> Arritmia Cronica | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea / Otras Artritis | <input type="checkbox"/> En. Inflam. Intestinales Cronicas | |

otras: _____

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (Consignar tiempo de evolucion)

TRATAMIENTO ACTUAL (consignar todos los datos)

DROGA (Generico)	UNID. POSOLOGICA (en mg.)	COMPRIMIDOS / DIA	DURACION TTO.

DATOS DEL PRESCRIPTOR

Apellido y Nombre: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO PRESCRIPTOR

FECHA