



Planilla de Medicamentos CRÓNICOS

VERSIÓN 202410

SOCIO PLAN FECHA: / /

A) DATOS DEL ASOCIADO

APELLIDO, NOMBRE:

EDAD: PESO: TALLA: IMC: SEXO: M F

TELÉFONO: CELULAR: MAIL:

B) DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO, NOMBRE: MATRICULA: ESPECIALIDAD:

C) DIAGNÓSTICOS SSS (marque con una x)

A- Enfermedades cardiovasculares

- Hipertensión Arterial Esencial
- Hipertensión Arterial Secundaria
- Insuficiencia Cardíaca
- Arritmias
- Terapéutica Antiagregante
- Prevención primaria de la Cardiopatía

B- Enfermedad Respiratorias

- Asma Bronquial
- Fibrosis Pulmonar

C- Enfermedades neurológicas

- Parkinson
- Epilepsia

D- Enfermedades psiquiátricas

- Trastorno Bipolar
- Psicosis Orgánicas

E- Enf. Inflamatorias y Reumáticas Crónicas

- Gota Crónica

F- Enfermedades Oftalmológicas

- Glaucoma

G- Enfermedades Endocrinas

- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Dislipemia

D) OTROS DIAGNÓSTICOS

1- 3-  
2- 4-

E) DATOS DE PRESCRIPCIÓN

COBERTURA	MONODROGA DENOMINACIÓN	Presentación MG/COMP. EJ. ( XX MG /XX COMP.)	COMPRIMIDOS X DÍA	CANT.CAJAS AL MES	CICLO EJ. (12 MESES)

Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando exclusivamente el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique seguida de forma farmacéutica dosis/unidad con detalle del grado de concentración. Ley 25649 - Decreto 63/2024

F) INFORME ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

USO INTERNO

TRATAMIENTO AUTORIZADO POR MESES

FIRMA Y SELLO DE AUDITORIA MEDICA

PLANILLA RECEPCIONADA POR: FARMACIA ASIGNADA

CARGADO EN DRIVE POR: FECHA DE CARGA: