



Planilla de Medicamentos CRÓNICOS

version:202001

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-

2-

3-

4-

E) DATOS DE PRESCRIPCIÓN

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

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: