

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	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial Secundaria	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>
Arritmias	<input type="checkbox"/>
Terapéutica Antiagregante	<input type="checkbox"/>
Prevención primaria de la Cardiopatía	<input type="checkbox"/>

B- Enfermedad Respiratorias

Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>
Fibrosis Pulmonar	<input type="checkbox"/>

C- Enfermedades neurológicas

Parkinson	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>

D- Enfermedades psiquiátricas

Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>
Psicosis Orgánicas	<input type="checkbox"/>

E- Enf. Inflamatorias y Reumáticas Crónicas

Gota Crónica	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

F- Enfermedades Oftalmológicas

Glaucoma	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

G- Enfermedades Endocrinas

Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>
Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>
Dislipemia	<input type="checkbox"/>

D) OTROS DIAGNÓSTICOS

1- _____	3- _____
2- _____	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: _____