

Formulario de ingreso al Programa de cronicidad / Actualizacion



Nº AFILIADO

FILIAL:

Apellido _____ Nombre _____ D.N.I. _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo M F Teléfono _____

Domicilio
 Calle Nombre: _____
 Calle Nro : _____ Localidad _____ Provincia _____
 Piso: _____ C.P. _____
 Dpto.: _____

Según corresponda por diagnóstico

Peso _____	Altura _____	Tensión arterial _____	Ac. Úrico _____
Nunca Fumó _____	Nº Cigarrillos _____	Colesterol total _____	Glucemia _____
Fumador _____	Nº Años _____	HDL _____	TSH _____
Ex Fumador _____	Año en que dejó _____	LDL _____	T4 L _____
		Triglicéridos _____	T3 _____

Diagnóstico 1 _____
 Diagnóstico 2 _____
 Diagnóstico 3 _____
 Diagnóstico 4 _____
 Diagnóstico 5 _____

Tratamiento Indicado:	POR TOMA	POR DÍA	SEMANA
Rp1 : _____			
Rp2 : _____			
Rp3 : _____			
Rp 4 : _____			
Rp 5 : _____			

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

Baja del paciente

Causa: _____ Fecha ____/____/____

Abandono Cambio O. Social
 Obito Otro

 Firma y Sello del médico

CONSENTIMIENTO para recibir MEDICAMENTOS indicados por PRINCIPIO ACTIVO

Por medio de la presente manifiesto mi expreso consentimiento a los fines de que la Obra Social me brinde cobertura de medicamentos entregándome los fármacos identificados por su nombre genérico o principio activo, sin considerar el nombre comercial o marca del producto, en tanto se respeten la dosis y presentación del fármaco indicado por el profesional tratante, tal como lo determina la resolución 310/04 MS:

Fecha:

Firma del beneficiario

Firma del responsable de la Obra Social