

FORMULARIO PARA ADMISIÓN AL PROGRAMA DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Obra Social: _____ Plan: _____

Datos Filiatorios

Apellido y Nombre:	Condición:	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Familiar
N° de Afiliado:	Categoría:	<input type="checkbox"/> Obligatorio	<input type="checkbox"/> Traspaso <input type="checkbox"/> Adherente
Domicilio:	Localidad:	Pcia:	
Tel.:	Edad:		

Datos Clínicos

(Para ser completado por el Médico a cargo)

Peso:	Talla:	Índice de masa corporal:
PA Sistólica:	Tabaquismo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PA Diastólica:	Sedentarismo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Diagnóstico I

Fecha comienzo Enfermedad ____ | ____ | ____

<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Esencial	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Asma Bronquial
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Secundaria	<input type="checkbox"/> Dislipemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> ELA
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/> Gota Crónica	<input type="checkbox"/> Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29)
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Fibrosis Pulmonar/EPOC	<input type="checkbox"/> Ins. Cardíaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis viral crónica
<input type="checkbox"/> Terapéutica Antiagregante	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intest. Crónica	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> Tratamiento del dolor	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Trastorno de Fertilidad	<input type="checkbox"/> IRC Con Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Sin Hemodiálisis <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anticoncepción	<input type="checkbox"/> Anticoagulación crónica	<input type="checkbox"/> Miastenia	<input type="checkbox"/>

Antecedentes de Enfermedad actual / complicaciones:

Tratamientos Farmacológicos previos para este diagnóstico:

Marcadores de seguimiento de esta patología (Ej: Colesterolemia, glucemia, etc.)	Descripción	Frecuencia

Prescripción Actual	Droga 1	Droga 2	Droga 3
Nombre genérico droga prescripta para esta patología			
Potencia (mg; gr; UI)			
Dosis diaria			
Forma Farmacéutica (comp.; jarabe)			
Tiempo estimado tto. (en meses)			

En caso de diabetes tipo I y II remitirse al formulario "PRONADIA"

Diagnóstico II

Fecha comienzo Enfermedad _____ | _____ | _____

<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Esencial	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Asma Bronquial
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Secundaria	<input type="checkbox"/> Dislipemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> ELA
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/> Gota Crónica	<input type="checkbox"/> Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29)
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Fibrosis Pulmonar/EPOC	<input type="checkbox"/> Ins. Cardíaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis viral crónica
<input type="checkbox"/> Terapéutica Antiagregante	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intest. Crónica	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> Tratamiento del dolor	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Trastorno de Fertilidad	<input type="checkbox"/> IRC Con Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Sin Hemodiálisis <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anticoncepción	<input type="checkbox"/> Anticoagulación crónica	<input type="checkbox"/> Miastenia	<input type="checkbox"/>

Antecedentes de Enfermedad actual / complicaciones:

Tratamientos Farmacológicos previos para este diagnóstico:

Nombre genérico droga prescrita para esta patología	Potencia (mg; gr; UI)	Dosis diaria	Forma Farmacéutica (comp.; jarabe)	Tiempo estimado tto. (en meses)

Médico Responsable:	Especialidad:
M.N.:	M.P.:
Dirección consultorio:	Tel.:

_____ Firma _____ Aclaración _____ Sello _____ Fecha _____

Información para todos los Médicos: el presente formulario es esencial para el sistema de cobertura de medicamentos para patologías crónicas previsto en la Res. 310/04 de la SSSalud. Para ello es imprescindible contar con la información consignada en este formulario y que permitirá disponer de las acciones necesarias para la provisión de la medicación. El Afiliado debe entregar el formulario en la sede de la Obra Social o de VISITAR.
 Le solicitamos consigne claramente el diagnóstico por cada patología informada.
 Si se consignan más de 4 patologías, utilice otro formulario complementario.
 El formulario NO reemplaza la receta con la prescripción médica.
 Ante cualquier duda, rogamos comunicarse con la Auditoría Médica de la Obra Social o de VISITAR.

En caso de diabetes tipo I y II remitirse al formulario "PRONADIA"