

## FORMULARIO PARA ADMISIÓN AL PROGRAMA DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Obra Social: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

**Datos Filiatorios**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Condición:  Titular  Familiar  
 N° de Afiliado: \_\_\_\_\_ Categoría:  Obligatorio  Traspaso  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:  Sí  No  
 PA Diastólica: \_\_\_\_\_ Sedentarismo  Sí  No

**Diagnóstico I**

Fecha comienzo Enfermedad \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Esencial          | <input type="checkbox"/> HTA                     | <input type="checkbox"/> Fibrosis Pulmonar / EPOC   | <input type="checkbox"/> Asma Bronquial  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Secundaria        | <input type="checkbox"/> Dislipemia              | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar   |
| <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"/> Psicosis orgánicas  |
| <input type="checkbox"/> Terapéutica Antiagregante               | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo          | <input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intest. Crónica | <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar   |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica                   | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo         | <input type="checkbox"/> Coronariopatía             | <input type="checkbox"/> Parkinson   |
| <input type="checkbox"/> Tto de Prevención primaria o secundaria | <input type="checkbox"/> Glaucoma                | <input type="checkbox"/> Trastorno de Fertilidad    | <input type="checkbox"/> TBC   |
| <input type="checkbox"/> Anticoncepción                          | <input type="checkbox"/> Anticoagulación crónica | <input type="checkbox"/> Miastenia                  | <input type="checkbox"/> IRC Con Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Sin Hemodiálisis <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"/> HTA	<input type="checkbox"/> Fibrosis Pulmonar / EPOC	<input type="checkbox"/> Asma Bronquial
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Secundaria	<input type="checkbox"/> Dislipemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar
<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"/> Psicosis orgánicas
<input type="checkbox"/> Terapéutica Antiagregante	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intest. Crónica	<input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar
<input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Coronariopatía	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Tto de Prevención primaria o secundaria	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Trastorno de Fertilidad	<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> Anticoncepción	<input type="checkbox"/> Anticoagulación crónica	<input type="checkbox"/> Miastenia	<input type="checkbox"/> IRC Con Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Sin Hemodiálisis <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"**