Diagnóstico III

Fecha comienzo Enfermedad: ..... / ..... / .....

☐ Arritmia	☐ Diabetes Tipo II	☐ Asma - Epoc	☐ Enf. Infl. Intest. Crónica
☐ Coronariopatía	☐ Dislipemia	☐ Hipo / Hipertiroidismo	☐ Parkinson
☐ Ins. Cardíaca	☐ Gota	☐ Coagulopatía	☐ Epilepsia
☐ HTA	☐ Artritis Reumatoidea	☐ Glaucoma	☐ Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29)

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 Farmaceútica (comp., jarabe)			
Tiempo estimado tto. (en meses)			

Diagnóstico IV

Fecha comienzo Enfermedad: ..... / ..... / .....

☐ Arritmia	☐ Diabetes Tipo II	☐ Asma - Epoc	☐ Enf. Infl. Intest. Crónica
☐ Coronariopatía	☐ Dislipemia	☐ Hipo / Hipertiroidismo	☐ Parkinson
☐ Ins. Cardíaca	☐ Gota	☐ Coagulopatía	☐ Epilepsia
☐ HTA	☐ Artritis Reumatoidea	☐ Glaucoma	☐ Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29)

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 Farmaceútica (comp., jarabe)			
Tiempo estimado tto. (en meses)			

Médico Responsable:	Especialidad:
M.N.:	M.P.:
Dir. 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 a la receta con la prescripción médica.
Ante cualquier duda, rogamos comunicarse con la Auditoría Médica de la Obra Social o de VISITAR.