

Primera vez Renovación

Datos del paciente

| | | | |
|-------------------|-------------|----------|------|
| Nombre y apellido | N° afiliado | Edad | Peso |
| Domicilio | | Teléfono | |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD | Se autorizará SÓLO los medicamentos relacionados a la enfermedad/patología que figura en Certificado de Discapacidad Vigente (adjuntar copia) |
|--|---|

FÁRMACOS ACTUALMENTE SOLICITADOS

| Monodroga | Marca comercial sugerida | Concentración | Cant/día | Tiempo estimado de trat. |
|-----------|--------------------------|---------------|----------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

"Completar todos los campos con tinta y letra clara"

Psicofármacos prescritos por médico Psiquiatra y/o Neurólogo
Biológicos prescritos por Neurólogo y/o Reumatólogo

Reservado para el personal de Planes Especiales

Recibido: ____/____/____

ANTECEDENTES ENFERMEDAD ACTUAL - DIAGNÓSTICO

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

TRATAMIENTO PREVIOS Y RESULTADOS OBTENIDOS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

FARMACOVIGILANCIA (Efectos indeseables detectados)

| |
|--|
| |
| |

DATOS DEL PROFESIONA MÉDICO

| Domicilio | Firma | Sello | Fecha |
|-----------|-------|-------|-------|
| | | | |

ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE INFORMES RECIENTES Bono, carnet y DNI (del paciente y del afiliado directo)**2** ALIMENTOS: Formulario Dietoterápico + Proteinograma por Electroforesis (Solicitado por médico tratante) DIABETES: Informe laboratorio (glucemia + Hb glicosilada) DISLIPIDEMIA: INFORME LABORATORIO (perfil lipídico)**2** ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA: Informe Laboratorio (PSA) + Ecografía Vesico-prostática HTA: Informe cardiológico (ECG, Ecocardiograma, etc.)**2** INFECCIONES: Informe bacteriológico con Antibiograma**2** VÍAS AÉREAS: Informe de Espirometría + Rx tórax OTROS: _____
