

Solicitud de Medicamentos

Resolución 310/04-27/2022

DATOS DEL AFILIADO/A

Apellido/s	Nombre/s	N° de Afiliado/a	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Edad	Teléfono particular	Teléfono celular	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BREVE RESUMEN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA

DIAGNÓSTICO (indicar con una X el/los diagnósticos/s correspondiente/s)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ANEMIA (D64) | <input type="checkbox"/> ANTICOAGULACIÓN (I74) | <input type="checkbox"/> ANSIEDAD (F41) |
| <input type="checkbox"/> ARRITMIA CARDÍACA (I49) | <input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATOIDEA/COLAGENOPATÍAS (M05) | <input type="checkbox"/> ASMA (J45) |
| <input type="checkbox"/> COLITIS ULCEROSA / CROHN(K51) | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN (F32) | <input type="checkbox"/> DIABETES INSULINO DEPENDIENTE (E10) |
| <input type="checkbox"/> DIABETES NO INSULINO DEPENDIENTE (E11) | <input type="checkbox"/> DISLIPEMIA (E78) | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CORONARIA (I20) |
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIA / CONVULSIONES (G40) | <input type="checkbox"/> E.P.O.C. (J44) | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL (I10) |
| <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDÍACA (I50) | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA (H40) | <input type="checkbox"/> GOTA / HIPERURICEMIA (M10) |
| <input type="checkbox"/> HIPOTIROIDISMO (E03) | <input type="checkbox"/> HIPERTIROIDISMO (E05) | <input type="checkbox"/> PARKINSON / PARKINSONISMOS (G20) |

OTROS DIAGNÓSTICOS

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

PRINCIPIO ACTIVO	UNIDAD POSOLÓGICA (MG)	TIEMPO PRESCRIPTIVO (EN MESES)	DOSIS DIARIA (OBLIGATORIO)	OBSERVACIONES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL MÉDICO/A PRESCRIPTOR/A

Apellido/s	Nombre/s	N° de Matrícula
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Institución	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma y Sello Médico/a Prescriptor/a

Fecha