

1. Datos del Asociado

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Número de Asociado: _____ Plan: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Mail: _____

2. Datos del Médico Tratante

Nombre y Apellido: _____ Especialidad: _____
 Dirección Consultorio: _____ Teléfono Consultorio: _____
 M.N.: _____ M.P.: _____

3. Enfermedad Actual (Marcar con una x)

Enfermedades Cardiológicas	SI	NO
Hipertensión Arterial		
Enfermedad Coronaria		
Insuficiencia Cardíaca		
Arritmia		

Enfermedades Endócrinas y Metabólicas	SI	NO
Dislipemia		
Hiperuricemia (gota)		
Diabetes – Hipoglucemiantes Orales		
Hipotiroidismo		

Enfermedades Psiquiátricas	SI	NO
Esquizofrenia		
Psicosis Orgánicas		

Enfermedades del Aparato Respiratorio	SI	NO
Asma		
Bronquitis Crónica - Epoc		
Fibrosis Pulmonar		

Enfermedades Neurológicas	SI	NO
Enfermedad de Parkinson		
Epilepsia		

Otras	SI	NO
Enf. Inflamatoria Intestinal Crónica		
Glaucoma		

4. Historia Clínica – Importante: Para cada una de las enfermedades de su paciente deberá mencionar los siguientes datos:

a. Descripción del cuadro clínico que justifica el uso de la/s droga/s.

b. Estudios y/o prácticas que confirman el diagnóstico y su resultado. Fecha del último estudio/práctica y periodicidad de reiteración.

c. Tiempo estimado del tratamiento en meses.

d. Motivo por el cual elige dicho/s medicamento/s (incluyendo limitaciones al uso de otras drogas).

5. No olvide acompañar el presente Formulario de la correspondiente receta con la prescripción del medicamento por su nombre genérico, especificando los mismos datos que a continuación:

Enfermedad actual	Nombre genérico	F. de Presentación	Dosis Diaria	Tiempo Est. de Trat.

Lugar y Fecha:

Firma y Aclaración: