

**Formulario de solicitud de medicamentos resolución 310/04**

**DATOS DEL SOCIO**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Nº de Afiliado \_\_\_\_\_ Edad (en años) \_\_\_\_\_ Nº de Historia Clínica \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono part. \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO ACTUAL (la totalidad de los medicamentos consumidos)**

DROGA	MARCA	UNIDAD POSOLÓGICA (en mg)	COMPRIMIDOS/DÍA

**DATOS DEL PRESCRIPTOR**

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS**

- |  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial: 401  | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus No insulino dependiente: 250.00 | <input type="checkbox"/> AR y otras artritis: 714          | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gota: 274                   | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Insulino dependiente: 250.01    | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatadora: 495  | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria: 411.1 | <input type="checkbox"/> Dislipemia: 272                                   | <input type="checkbox"/> Glaucoma: 365                     | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca: 428 | <input type="checkbox"/> Hipo / Hipertiroidismo: 246.8                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad estirpiramidal: 333.90 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica: 427       | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa / Crohn: 556.1                   | <input type="checkbox"/> Modificación de conducto: 295     | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación: V58.61     | <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivante: 780.3               | <input type="checkbox"/> Anticoncepción: V25               | Otro diagnóstico: _____ |

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA