

SOLICITUD DE EMPADRONAMIENTO PROGRAMA DE PACIENTES CRÓNICOS - RES. M.S.N. 310/04

1 - Datos filiatorios

Apellido y nombre:

Historia Clínica N.º:

Afiliado N.º:

Cobertura Médica:

2 - Diagnóstico (Por favor marque con una X el renglón que corresponda e indique el tratamiento en punto 3)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Dislipemia: | <input type="checkbox"/> HTA Distólica | <input type="checkbox"/> HTA Sistodiastólica |
| <input type="checkbox"/> Coronariopatía | <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> Asma - EPOC | <input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intestinal Crónica |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Hipo / Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatóidea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Coagulopatía | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Certificado de discapacidad (indicar con una cruz lo que corresponda): SI NO

Fecha de comienzo de la enfermedad: / /

3 - Tratamientos farmacológicos previos para este diagnóstico - Motivos del Cambio

Cumple Dieta?

Talla:

Peso:

Edad:

4 - Prescripción - Nombre Genérico Droga Prescriptiva para esta Patología

Cobertura a llenar por
Auditoría Médica

<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"/>

Buenos Aires, / / 20.....

Firma y sello profesional

CEMIC

CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA
E INVESTIGACIONES CLÍNICAS
"NORBERTO QUIRNO"
Fundado en 1958