



FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 310/04

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad en años: _____ N° de afiliado: _____

N° de Historia Clínica: _____ Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ móvil: _____ laboral: _____

Email: _____

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

DESCRIPCIÓN DEL CUADRO QUE JUSTIFICA EL USO DE LA/S DROGAS SOLICITADA/S (incluyendo limitaciones al uso de otras drogas)

TRATAMIENTO ACTUAL (la totalidad de los medicamentos consumidos)

PRINCIPIO ACTIVO	MARCA COMERCIAL	UNIDAD POSOLÓGICA (en mg)	COMPRIMIDOS /DÍA	TIEMPO PRESCRIPTIVO EN MESES	OBSERVACIONES

DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y Nombre: _____

Teléfono: _____ Institución: _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial 401 | <input type="checkbox"/> Gota 274 | <input type="checkbox"/> Glaucoma 365 |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia 272 | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatador 495 | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca 427 |
| <input type="checkbox"/> AR y otras artritis 714 | <input type="checkbox"/> Enfermedades coronarias 411.1 | <input type="checkbox"/> Hipo/ hipertiroidismo 246.8 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad extrapiramidal 333 | <input type="checkbox"/> Arritmia crónica 427 | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa/ Crohn 556.1 |
| <input type="checkbox"/> Modificadores de conducta 295 | <input type="checkbox"/> Anticoagulación V58.61 | <input type="checkbox"/> Anticoncepción v25 |
| <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivante 780.3 | | |

Otro diagnóstico: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

FECHA

La información que se incluye en esta planilla tiene carácter de declaración jurada y será considerada confidencial por IMAGEN EN SALUD S.A y manejada bajo los principios de confidencialidad vigente.