

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO DE MEDICAMENTOS CRÓNICOS (RES 310/2004 MSN)

INICIO ☐ NUEVA ENFERMEDAD ☐ *Marcar con una x la opción indicada*

- Si se modifica la dosis de la medicación para la **misma patología informada al inicio**, solo se deberá enviar una nueva receta médica.
- Si se agrega una nueva medicación para el **tratamiento de la patología informada al inicio**, solo se deberá enviar una nueva receta médica.
- En el caso de diagnosticarse una **nueva enfermedad crónica**, se deberá enviar un nuevo formulario de empadronamiento de medicamentos crónicos.

» POR FAVOR CONFECCIONAR EN LETRA IMPRENTA

Datos del beneficiario/a:					
Apellido:		Nombre:			
Tipo y N° documento:		N° de afiliado/a:			
Domicilio:		Loc:		Provincia:	
Email:		Teléfono:			
Resumen de H.C:					
Datos del/la profesional tratante (para ser completado por el médico/a)					
Apellido:		Nombre:		N° de Matrícula:	
Especialidad:		Institución/consul:			
Teléfono:		Hs. de Atención:		Email:	
Medicamentos a solicitar:					
PRINCIPIO ACTIVO		FORMA FARMACÉUTICA		DOSIS DIARIA (COMP./GOTA/UNIDAD)	
Diagnóstico:					
HTA	HIPO/HIPERTIROIDISMO	TRAS. PSIQUIÁTRICO	ENF. CONVULSIVANTE		
GOTA	COLITIS ULCEROSA/CROHN	PARKINSON	ANTICOAGULACIÓN		
ENF. CORONARIA	AR Y OTRAS ARTRITIS	GLAUCOMA	DISLIPEMIA		
INS. CARDÍACA	EPOC	ARRITMIA	DIABETES		

Firma del Médico/a

Sello del Médico/a

La primer entrega de medicamentos se deberá retirar con la receta (original) confeccionada por el/la profesional, y los 3 (tres) meses subsiguientes se retirarán con la fotocopia de la misma.

Fecha