

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS CRÓNICOS

» POR FAVOR CONFECCIONAR EN LETRA IMPRENTA

DATOS DEL AFILIADO

Apellido:..... Nombre:..... Sexo: F / M
Doc. Tipo:..... Nro:..... Fecha de Nacimiento:.....
Nº Afiliado:..... Teléfono:.....
Calle:..... Nº:..... Piso:..... Dpto:..... CP:..... Barrio:.....
Localidad:..... Provincia:..... E-mail:

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

Apellido:..... Nombre:..... Teléfono:.....
Matrícula:..... Especialidad:..... E-mail:

TIPO DE ENFERMEDAD CAUSAL

CONGÉNITA ☐ DEGENERATIVA MUSCULAR ☐
ADQUIRIDA ☐ REUMATOLÓGICA ☐
NEUROLÓGICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐
TRAUMATOLÓGICA ☐ OTRA:

SÍNTOMAS DOMINANTES

CONVULSIONES ☐ DEFORMIDAD ☐
RETRASO MOTRIZ ☐ DOLOR ARTICULAR ☐
RETRASO MENTAL ☐ PSIQUIÁTRICOS ☐

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL/ACLARACIONES

TRATAMIENTO SOLICITADO

MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES

NOTA: Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración". (Ley 25649, art. segundo).

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO