SOLICITUD DE COBERTURAS DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

Resolución 310/04

1.Datos personales del paciente:

Apellido y Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre / Mujer Nro de Afiliado: _____

2. Diagnóstico o situación (Marcar con una x a la izquierda lo que corresponda al paciente)

- ☐ Arritmia
- ☐ Enfermedades inf.crónica intestinal
- ☐ Asma
- ☐ Epilepsia
- ☐ Anticoagulación
- ☐ Insuficiencia coronaria
- ☐ Dislipemia
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Glaucoma
- ☐ Psicopatología Código (DSM IV): _____
- ☐ Insuficiencia cardíaca
- ☐ Hiperuricemia
- ☐ EPOC
- ☐ Gota
- ☐ Parkinson
- ☐ Enfermedades cardíacas
- ☐ Hipertensión arterial

3. Medicación

Droga	Presentación	Dosis/día	Cantidad de envases/mes

4. Datos del médico tratante

Apellido y Nombre: _____

Matrícula N°: _____ ☐ MN ☐ MP Prestador de cartilla ☐ Si ☐ No

Si no es prestador indicar dirección y teléfono: _____

_____

Firma y sello del profesional

Firma del paciente

Nota: Completar todos los datos en letra imprenta y legible. Lo cual agilizará el trámite evitando la demora.