



CENTRO MEDICO

Formulario de solicitud de medicamentos resolución 310/04

DATOS DEL SOCIO

Apellido _____ Nombre _____

Nº de Afiliado _____ Edad (en años) _____ Plan _____

Domicilio _____ Teléfono part. _____ Teléfono móvil _____

E-mail _____ Firma _____

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (debe incluir justificación del uso de las droga/s solicitada/s)

TRATAMIENTO ACTUAL (la totalidad de los medicamentos consumidos)

DROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AUDITORIA

DATOS DEL PRESCRIPTOR

Apellido y Nombre _____

Teléfono _____ Institución _____

DIAGNÓSTICOS

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial: 401 | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus No insulino dependiente: 250.00 | <input type="checkbox"/> AR y otras artritis: 714 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gota: 274 | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Insulino dependiente: 250.01 | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatadora: 495 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria: 411.1 | <input type="checkbox"/> Dislipemia: 272 | <input type="checkbox"/> Glaucoma: 365 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca: 428 | <input type="checkbox"/> Hipo / Hipertiroidismo: 246.8 | <input type="checkbox"/> Enfermedad estrospiramidal: 333.90 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica: 427 | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa / Crohn: 556.1 | <input type="checkbox"/> Modificación de conducto: 295 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación: V58.61 | <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivante: 780.3 | <input type="checkbox"/> Anticoncepción: V25 | Otro diagnóstico: _____ |

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

FECHA

Estimado socio: Recuerde que junto a la solicitud de medicación crónica debe presentar orden médica original con pedido de medicación, sellada, firmada y fechada por el profesional tratante, sin excepción. Esta planilla vencerá a los 6 meses de presentada.
El monto de cobertura de cada medicamento puede ser consultado en: www.sssalud.com.ar