

FORMULARIO

PROGRAMA DE CRONICIDAD

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO y NOMBRE: _____

NRO. AFILIADO: _____ DNI: _____

TELEFONO/ CEL: _____ E-MAIL: _____

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE

APELLIDO y NOMBRE: _____

MATRÍCULA TIPO / NRO: _____ ESPECIALIDAD _____

MEDICACIÓN - TRATAMIENTO INDICADO

FÁRMACO	Potencia mg / UL / etc.	FORMA FARMACÉUTICA compr / lny/gts / etc.	POSOLOGIA Dosis-Intervalo	MARCA SUGERIDA

Ejemplo de llenado de formulario Medicamento	FÁRMACO	Potencia	FORMA FARMACÉUTICA	POSOLOGIA	MARCA SUGERIDA
	Timolol	5%	gotas	1 c/ojo c/12hs	BBB
	hidroclorotiazida+amilorida	50/5 mg	comprimidos	1/2 x día	BBB

DIAGNÓSTICO / PATOLOGÍA

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Asma Bronquial | <input type="checkbox"/> Artritis Rematoidea | <input type="checkbox"/> Enf. de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> LES | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Prev. Prim. Cardiop.Isq. | <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa | <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar |
| <input type="checkbox"/> Prev. Sec. Cardiop.Isq. | <input type="checkbox"/> Coagulopatias | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Psicosis |
| <input type="checkbox"/> Arritmia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Anticoncepción | <input type="checkbox"/> Depresión Mayor | <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD |

OTRAS PATOLOGIAS / OBSERVACIONES

...../...../.....
FECHA DE PRESCRIPCIÓN

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL