

FORMULARIO DE MEDICACIÓN CRÓNICA

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido Fecha Nac Sexo: Fem. Masc.

N° de Afiliado DNI/LC/LE Edad:

Domicilio Tel:

Provincia Localidad Mail

INFORMACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Peso Altura IMC Circunferencia abdominal Fecha / / 20.....

DIAGNÓSTICO

- | | | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Coagulopatías |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29) | <input type="checkbox"/> ACO |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca. | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> IRC |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Asma Bronquial | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica. |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intestinal Crónica | <input type="checkbox"/> Fertilidad |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Crohn | <input type="checkbox"/> Esclerosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Psoriasis | |

Otras:

Droga-Nombre Genérico / Nombre Comercial	Miligramos	Comprimidos por día	Dictamen de Auditoría

MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido Teléfono

Domicilio

Horario de Consulta Teléfono Móvil

M.N° M.P° Mail

Fecha / / 20.....

Firma/Sello Profesional