

Res. SSS 310/2004

Fecha ____/____/____

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE _____

Nº SOCIO _____ DIVISIÓN _____ DOCUMENTO _____

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____

CP _____ TELÉFONO _____ CÓD. FARM. _____

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Hipertensión Arterial | ☐ Diabetes no insulinoquiriente | ☐ Asma Bronquial | ☐ Glaucoma |
| ☐ Enfermedad Coronaria | ☐ Hipertiroidismo | ☐ EPOC | ☐ Enf. Infl. Intestinal Crónica |
| ☐ Insuficiencia Cardíaca | ☐ Hipotiroidismo | ☐ Enfermedad de Parkinson | ☐ Coagulopatías |
| ☐ Arritmia Crónica | ☐ Gota | ☐ Enf. Psiquiátrica (DSM IV F 29) | ☐ Otras Patologías |
| ☐ Dislipemia | ☐ Artritis Reumatoidea /
Otras Artritis | ☐ Epilepsia | |

TRATAMIENTO (consignar todos los datos)

	Droga (Nombre Genérico)	Miligramos	Comprimidos x día	Dictamen de Auditoría
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

9

APELLIDO Y NOMBRE _____

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____

TELÉFONO _____ HORARIO DE CONSULTA _____

Firma y sello profesional