

## FORMULARIO DE MEDICACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS/ANTICONCEPCIÓN

Sr. Profesional: para simplificar la dispensa de medicación, solicitamos se complete el presente formulario. A partir del mismo la solicitud de los medicamentos empadronados podrá realizarse en forma **semestral**.

### 1- INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Afiliado N°: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Fecha:    /    /

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

### 2- PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### 3- EMPADRONAMIENTO

Inicio: \_\_\_\_\_

Cambio: \_\_\_\_\_

### 4- DIAGNÓSTICO DE EMPADRONAMIENTO (Seleccione la o las patologías que correspondan)

Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Oncología-Hematología	<input type="checkbox"/>
Neurológicas Crónicas	<input type="checkbox"/>	Pulmonares Crónicas	<input type="checkbox"/>
Cardiovasculares - HTA	<input type="checkbox"/>	Terapia del Dolor	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Trasplantados	<input type="checkbox"/>
Endocrinológicas-Hormona del Crecimiento	<input type="checkbox"/>	Trastornos Inmunológicos	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	Trastornos Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>
Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/>	Anticoncepción	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Otras (especificar)	

### 5- TRATAMIENTO INDICADO Y/O PLAN TERAPEUTICO

PRINCIPIO ACTIVO	POTENCIA	DOSIS DIA	DIAS DE TRATAMIENTO (30/60/90/120/150/180)

**OBSERVACIONES H.C.**

Form. D. P. 1.1

.....  
Firma y sello del profesional solicitante

**IMPORTANTE:**

Adjuntar al presente formulario la fotocopia de la credencial del beneficiario.  
Realizar la receta médica para un período de 6 (seis) meses.