

**FORMULARIO PARA EMPADRONAMIENTO AL PROGRAMA DE PACIENTES
CRONICOS – RES SSS 310/04**

1 - DATOS FILIATORIOS COBERTURA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE:

HISTORIA CLINICA Nº:

AFILIADO Nº:

2 – DIAGNOSTICO (Por favor, marque con una X el renglón que corresponde e indique tratamiento en punto 3)

CORONOPATIA	ASMA - EPOC	
ARRITMIA	COAGULOPATIA	
INSUFICIENCIA CARDIACA	ENF. PSIQUIATRICA	
ARTRITIS REMATOIDEA	HTA SISTODIASTOLICA	
HTA SISTOLICA	HTA DISTOLICA	
GLAUCOMA	PARKINSON	
DISLIPEMIA (TIPO I – IIa –IIb - III – IV – V)	HIPOTIROIDISMO HIPERTIROIDISMO	
GOTA	ENF. INFL. INTESTINAL CRONICA	
EPILEPSIA	OTRAS	
FECHA DE COMIENZO DE LA ENFERMEDAD:		

**3 - TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS PARA ESTE DIAGNOSTICO -
MOTIVOS DEL CAMBIO**

CUMPLE DIETA?	TALLA	PESO	EDAD

4 – PRESCRIPCIÓN – Nombre genérico droga prescrita para esta patología

COBERTURA A LLENAR POR AUDITORIA MEDICA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:.....**FECHA:**.....