

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

**1 - DATOS FILIATORIOS COBERTURA MÉDICA**

**APELLIDO Y NOMBRE:**

**HISTORIA CLINICA N°:**

**AFILIADO N°:**

**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	
<b>FECHA DE COMIENZO DE LA ENFERMEDAD:</b>		

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

<b>CUMPLE DIETA?</b>	<b>TALLA</b>	<b>PESO</b>	<b>EDAD</b>

**4 – PRESCRIPCIÓN** – Nombre genérico droga prescrita para esta patología

**COBERTURA A LLENAR POR AUDITORIA MEDICA**


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