

Res. SSS 310/2004

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE \_\_\_\_\_  
 N° SOCIO \_\_\_\_\_ DIVISIÓN \_\_\_\_\_ DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_  
 CP \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ CÓD. FARM. \_\_\_\_\_

### DIAGNOSTICO (datos a completar por el médico de cabecera)

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial  | <input type="checkbox"/> Diabetes no insulinoquiriente            | <input type="checkbox"/> Asma Bronquial                    | <input type="checkbox"/> Glaucoma                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria   | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                          | <input type="checkbox"/> EPOC                              | <input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intestinal Crónica |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                           | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson           | <input type="checkbox"/> Coagulopatias                 |
| <input type="checkbox"/> Arritmia Crónica       | <input type="checkbox"/> Gota                                     | <input type="checkbox"/> Enf. Psiquiátrica ( DSM IV F 29 ) | <input type="checkbox"/> Otras Patologías              |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia             | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea /<br>Otras Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia                         |  |

### RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA (consignar tiempo de evolución)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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