



Formulario de solicitud de medicamentos resolución 310/04

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido _____ Nombre _____
Nº de Afiliado _____ Edad _____ Nº de Historia Clínica _____
DOMICILIO _____ Teléfono part. _____ Móvil _____
E-MAIL _____ FIRMA _____

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

TRATAMIENTO ACTUAL (la totalidad de los medicamentos consumidos)

DROGA	MARCA	UNIDAD POSOLÓGICA (en MG)	COMPRIMIDOS /DÍA	DURACIÓN TTO

DATOS DEL PRESCRIPTOR

Apellido y NOMBRE _____
Teléfono _____ Institución _____

DIAGNÓSTICOS

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial: 401 | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus No insulino dependiente: 250.00 | <input type="checkbox"/> AR y otras artritis: 714 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gota: 274 | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Insulino dependiente: 250.01 | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatadora: 495 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD coronaria: 411.1 | <input type="checkbox"/> DISLIPEMIA: 272 | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA: 365 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca: 428 | <input type="checkbox"/> Hipo / HIPERTIROIDISMO: 246.8 | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD ESTRAPIRAMIDAL: | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> ARRITMIA crónica: 427 | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa / Crohn: 556.1 | <input type="checkbox"/> 333.90 Modificación de conducto: | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación: V58.61 | <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivante: 780.3 | <input type="checkbox"/> 295 Anticoncepción: V25 | Otro diagnóstico: _____ |

FIRMA Y SELLO MEDICO PRESCRIPTOR

FIRMA BENEFICIARIO

FECHA

Sr. beneficiario: Recuerde que junto a la solicitud de MEDICACIÓN crónica debe presentar orden MÉDICA original con pedido de MEDICACIÓN, sellada, FIRMADA y fechada por el profesional tratante, sin excepción. Esta planilla vencerá a los 6 MESES de presentada. El MONTO de cobertura de cada MEDICAMENTO puede ser consultado en: WWW.SSSALUD.COM.AR