



# FORMULARIO DE INGRESO AL PROGRAMA DE CRONICIDAD 2

PROGRAMA DE COBERTURA MEDICAMENTOS PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES

Nº AFILIADO: \_\_\_\_\_

PLAN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA NECIMIENTO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLINICA SIMPLIFICADA

### PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES RES 310/04,758/04 Y MOD.

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

NUNCA FUMO: \_\_\_\_\_ Nº CIGARRILLOS \_\_\_\_\_

FUMADOR: \_\_\_\_\_ Nº AÑOS: \_\_\_\_\_

EX FUMADOR: \_\_\_\_\_ AÑO QUE DEJO: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_ CREATININA \_\_\_\_\_

GLUCEMIA \_\_\_\_\_ MG/DL

COLESTEROL TOTAL \_\_\_\_\_ MG/DL

(\*\*)DIAGNOSTICO 1: \_\_\_\_\_

SIGNOS Y SINTOMAS PREVALENTES: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: \_\_\_\_\_

### (\*\*\*) NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO

### DOSIS DIARIA

### DURACION DEL TRATAMIENTO

### %

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

4- \_\_\_\_\_

(\*\*) DIAGNOSTICO 2: \_\_\_\_\_

SIGNOS Y SINTOMAS PREVALENTES: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: \_\_\_\_\_

### (\*\*\*) NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO

### DOSIS DIARIA

### DURACION DEL TRATAMIENTO

### %

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

4- \_\_\_\_\_

(\*\*) DIAGNOSTICO 3: \_\_\_\_\_

SIGNOS Y SINTOMAS PREVALENTES: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: \_\_\_\_\_

### (\*\*\*) NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO

### DOSIS DIARIA

### DURACION DEL TRATAMIENTO

### %

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

4- \_\_\_\_\_

(\*\*) DIAGNOSTICO 4: \_\_\_\_\_

SIGNOS Y SINTOMAS PREVALENTES: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: \_\_\_\_\_

### (\*\*\*) NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO

### DOSIS DIARIA

### DURACION DEL TRATAMIENTO

### %

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

4- \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ VTO: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DE AUDITORIA MEDICA CENTRAL

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL TRATANTE