



FORMULARIO DE INGRESO AL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD

N° AFILIADO: _____ PLAN: _____ FECHA: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
FECHA NECIMIENTO: _____ TELEFONO: _____
DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TIPO DE DISCAPACIDAD

AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	_____	ISCERAL: RENAL	<input type="checkbox"/>	_____
PEDIATRIA	<input type="checkbox"/>	_____	CARDIOLOGICA	<input type="checkbox"/>	_____
MOTORA	<input type="checkbox"/>	_____	HEPATICOS	<input type="checkbox"/>	_____
VISUAL	<input type="checkbox"/>	_____	RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/>	_____
MENTAL	<input type="checkbox"/>	_____			
MENTAL (SINDROME DE DOWN)	<input type="checkbox"/>	_____			

Aclarar Diagnostico de Base y Asociados con la medicación correspondiente a cada uno.

(**) DIAGNOSTICO DE BASE: _____

(***) NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS DIARIA	DURACION DEL TRATAMIENTO	%
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			

(**) DIAGNOSTICO ASOCIADO 1: _____

(***) NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS DIARIA	DURACION DEL TRATAMIENTO	%
1-			
2-			
3-			
4-			

(**) DIAGNOSTICO ASOCIADO 2: _____

(***) 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

DURACIÓN DE LA PLANILLA: 6 (SEIS) MESES.

EN CASO DE REALIZAR ALGUN CAMBIO EN LA MEDICACIÓN SE DEBERA ACTUALIZAR LA MISMA.