



FORMULARIO DE INGRESO AL PROGRAMA DE CRONICIDAD 2

PROGRAMA DE COBERTURA MEDICAMENTOS PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES

| | | |
|----------------------------|------------------|------------------|
| Nº DE AFILIADO: | PLAN: | FECHA: |
| APELLIDO: _____ | NOMBRE: _____ | |
| FECHA DE NACIMIENTO: _____ | TELEFONO: _____ | |
| DOMICILIO: _____ | LOCALIDAD: _____ | PROVINCIA: _____ |

| HISTORIA CLINICA SIMPLIFICADA | | PATOLOGIAS CRONICAS PREVALECIENTES RES. 310/04,758/04 Y MOD | |
|-------------------------------|--------------------------|---|-------------------|
| PESO: _____ | ALTURA: _____ | | |
| NUNCA FUMO: _____ | Nº DE CIGARRILLOS: _____ | FRECUENCIA CARDIACA: _____ | CREATININA: _____ |
| FUMADOR _____ | Nº DE AÑOS _____ | GLUCEMIA: _____ | MG/DL: _____ |
| EX FUMADOR _____ | AÑO QUE DEJO _____ | COLESTEROL TOTAL: _____ | MG/DL _____ |

| | | | |
|---|---------------------|---|----------|
| (**) DIAGNOSTICO 1: _____ | | SIGNOS Y SINTOMAS PREVALENTES: _____ | |
| ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: | | | |
| (***) NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO: | DOSIS DIARIA | DURACIÓN DEL TRATAMIENTO | % |
| 1- | | | |
| 2- | | | |
| 3- | | | |
| 4- | | | |

| | | | |
|---|---------------------|---|----------|
| (**) DIAGNOSTICO 2: _____ | | SIGNOS Y SINTOMAS PREVALENTES: _____ | |
| ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: | | | |
| (***) NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO: | DOSIS DIARIA | DURACIÓN DEL TRATAMIENTO | % |
| 1- | | | |
| 2- | | | |
| 3- | | | |
| 4- | | | |

| | | | |
|---|---------------------|---|----------|
| (**) DIAGNOSTICO 3: _____ | | SIGNOS Y SINTOMAS PREVALENTES: _____ | |
| ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: | | | |
| (***) NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO: | DOSIS DIARIA | DURACIÓN DEL TRATAMIENTO | % |
| 1- | | | |
| 2- | | | |
| 3- | | | |
| 4- | | | |

| | | | |
|---|---------------------|---|----------|
| (**) DIAGNOSTICO 4: _____ | | SIGNOS Y SINTOMAS PREVALENTES: _____ | |
| ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: | | | |
| (***) NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO: | DOSIS DIARIA | DURACIÓN DEL TRATAMIENTO | % |
| 1- | | | |
| 2- | | | |
| 3- | | | |
| 4- | | | |

| | | | |
|--------------|------------|--|--|
| FECHA: _____ | VTO: _____ | | |
| | | | |

FIRMA Y SELLO DE AUDITORIA MEDICA CENTRAL

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL TRATANTE