

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"/> Coagulopatías |
| <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 /
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

F0056