



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Medicamentos destinados a Patologías Crónicas Prevalentes

Res: SSS 310/2004

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL AFILIADO

DELEGACIÓN _____
AFILIADO _____ DOCUMENTO _____
DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____
CP _____ TELEFONO _____
EMAIL _____

DIAGNOSTICO (Datos a completar por el médico de cabecera)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Diabetes no insulino-requiriente | <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"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Arritmia Crónica | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enf. Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Cuagopatías |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea /
Otras Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Otras Patologías |

RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA

TRATAMIENTO

Droga (Nombre Genérico)	Miligramos	Comprimidos x día	Dictamen de Auditoría
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

APELLIDO Y NOMBRE _____
DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____
TELEFONO _____ HORARIO DE CONSULTA _____

Firma y sello profesional