



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

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: DNI: EDAD:

NRO. AFILIADO: FECHA DE NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO:

FECHA DE DIAGNÓSTICO: TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:

.....

.....

.....

ESTADO ACTUAL

.....

.....

VALOR CREATININA:

VALOR PROTEINURIA:

TA:

TRATAMIENTOS PREVIOS

	DROGA (Nombre Genérico)	DOSIS	FECHA	RESPUESTA
1				
2				
3				
4				
5				
6				

TRATAMIENTO INDICADO:

DROGA/S:

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA (si es rotación indicar motivos):

.....

FRECUENCIA DE APLICACIÓN: DOSIS DIARIA: DOSIS MENSUAL:

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES:

.....

.....

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /



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

Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (laboratorio para alfa galactosidasa A).
- Estudio genético gen GLA, mutaciones susceptibles a Migalastat (si correspondiera).

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

Firma y sello médico tratante Matrícula n°:

Fecha: / /