



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

**Resumen de Historia Clínica**  
Enfermedades reumatológicas  
(Artritis Reumatoidea / Artritis Psoriásica / Artritis Idiopática Juvenil  
Sistémica / Espondilitis Anquilosante / Otras)

**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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SCORE (DAS28/JADAS27/BASDAI): \_\_\_\_\_

ARTICULACIONES INFLAMADAS: \_\_\_\_\_

COMORBILIDADES: \_\_\_\_\_

**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 TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante .....

Fecha: / /



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

## Resumen de Historia Clínica

Enfermedades reumatológicas  
(Artritis Reumatoidea / Artritis Psoriásica / Artritis Idiopática Juvenil  
Sistémica / Espondilitis Anquilosante / Otras)

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

- Resumen de Historia Clínica: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Ficha de pacientes para Artritis Reumatoidea o Psoriásica según corresponda.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Laboratorio inmunológico e informe radiológico (si correspondiera).
- Biopsia de la piel (si correspondiera).
- Otros estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico.

**TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS**

**CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_  
**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante ..... Matrícula n°: ..... Fecha: / /