



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

ARTICULACIONES INFLAMADAS: _____
PASI: _____

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 INICIO 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 Psoriasis en Placa

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

- Resumen de Historia Clínica para Psoriasis en placa: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Ficha de pacientes para Psoriasis de placa: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva y eventual biopsia).

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

Firma y sello médico tratante Matrícula n°:

Fecha: / /