

## FORMULARIO TERAPEÚTICO-PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Confeccionado según las normas exigidas por la Resolución 310/04 y sus modificaciones dictadas por la S.S.S.

### 1- DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

N° de Afiliado: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

### 2- INDIQUE SU PATOLOGÍA CRÓNICA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(Métodos diagnósticos previos, tratamientos implementados, Copia de Estudios que avalen la misma, Laboratorio, radiología, ECG, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4- TRATAMIENTO: (Monodroga, Dosis diaria mensual y tiempo estimado de tratamiento)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5- OTROS DATOS QUE CONSIDERE IMPORTANTE PARA EL ANTECEDENTES MÉDICOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

Autorización Obra Social: \_\_\_\_\_

