

Formulario de solicitud de medicamentos resolución 310/04

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido: _____ Nombres: _____
Nº de _____ Nº de Historia
Afiliado: _____ Edad: _____ Clínica: _____
Teléfono
Domicilio: _____ Particular: _____ Móvil: _____
Mail: _____ FIRMA _____

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

TRATAMIENTO ACTUAL (la totalidad de los medicamentos consumidos)

PRINCIPIO ACTIVO	UNIDAD POSOLÓGICA (en MG)	COMPRIMIDOS /DÍA	DURACIÓN TTO

DATOS DEL PRESCRIPTOR

Apellido y Nombre: _____

Teléfono: _____ Institución: _____

DIAGNÓSTICOS

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------|
| ☐ Hipertensión arterial: 401 | ☐ Diabetes Mellitus No insulino dependiente: 250.00 | ☐ AR y otras Artrosis: 714 | Otro diagnóstico: _____ |
| ☐ Gota: 274 | ☐ Diabetes Mellitus Insulino dependiente: 250.01 | ☐ Medicación broncodilatadora: 495 | Otro diagnóstico: _____ |
| ☐ Enfermedad coronaria: 411.1 | ☐ Dislipemia: 272 | ☐ Glaucoma: 365 | Otro diagnóstico: _____ |
| ☐ Insuficiencia cardíaca: 428 | ☐ Hipo / Hipertiroidismo: 246.8 | ☐ Enfermedad estrapiramidal: | Otro diagnóstico: _____ |
| ☐ Arritmia crónica: 427 | ☐ Colitis Ulcerosa / Crohn: 556.1 | ☐ 333.90 Modificación de conducto: | Otro diagnóstico: _____ |
| ☐ Anticoagulación: V58.61 | ☐ Medicación anticonvulsivante: 780.3 | ☐ 295 Anticoncepción: V25 | Otro diagnóstico: _____ |

FIRMA Y SELLO MEDICO PRESCRIPTOR

FIRMA BENEFICIARIO

FECHA

Sr. Beneficiario: Recuerde que junto a la solicitud de MEDICACIÓN crónica debe presentar orden MÉDICA original con pedido de MEDICACIÓN, sellada, firmada y fechada por el profesional tratante, sin excepción. Esta planilla vencerá a los 6 Meses de presentada. El monto de cobertura de cada medicamento puede ser consultado en: WWW.SSSALUD.COM.AR