**FORMULARIO**
**PROGRAMA DE CRONICIDAD**

## DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE: _____

NRO. AFILIADO: _____ DNI: _____

TELÉFONO / CEL.: _____ E-MAIL: _____

## DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____

MATRÍCULA TIPO / NRO.: _____ ESPECIALIDAD: _____

## MEDICACIÓN - TRATAMIENTO INDICADO

| FÁRMACO | Potencia mg / UL / etc. | FORMA FARMACÉUTICA compr / Iny/gts / etc. | DOSIS X DIA | MARCA SUGERIDA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Ejemplo de llenado de formulario Medicamento | FÁRMACO | Potencia | FORMA FARMACÉUTICA | DOSIS X DIA | MARCA SUGERIDA |
|---|---|---|---|---|---|
| | Timolol | 5% | gotas | 1 c/ojo c/12hs | BBB |
| | hidroclorotiazida+amilorida | 50/5 mg | comprimidos | 1/2 x dia | BBB |

## DIAGNÓSTICO / PATOLOGÍA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Hipertensión Arterial | ☐ Hipotiroidismo | ☐ Asma Bronquial | ☐ Artritis Rematoidea | ☐ Enf. de Parkinson |
| ☐ Enfermedad Coronaria | ☐ Hipertiroidismo | ☐ EPOC | ☐ LES | ☐ Esquizofrenia |
| ☐ Insuficiencia Cardíaca | ☐ Prev. Prim. Cardiop.Isq. | ☐ Dislipemia | ☐ Colitis Ulcerosa | ☐ Trastorno Bipolar |
| ☐ Prev. Sec. Cardiop.Isq. | ☐ Coagulopatias | ☐ Glaucoma | ☐ Epilepsia | ☐ Psicosis |
| ☐ Arritmia Cardíaca | ☐ Gota | ☐ **Anticoncepción** | ☐ Depresión Mayor | ☐ **DISCAPACIDAD** |

## OTRAS PATOLOGIAS / OBSERVACIONES

_____

_____

_____

…...../…...../…..... …....

FECHA DE PRESCRIPCIÓN FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Los cambios de tinta y/o letra del presente formulario deberán ser salvados por el médico prescriptor