

PROGRAMA MÉDICO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
(Resolución 310 y Anexos)

Datos Personales del Paciente: Plan: _____ Cobertura Farmacia: _____ %

Credencial N°: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Apellido y Nombre: _____

Peso: _____ **Talla:** _____ **IMC:** _____ **Sexo** M F

Diagnóstico: (marcar con un X la /s patología /s informada /s)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arritmia Cardíaca (I49.9) | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I (E10) | <input type="checkbox"/> Asma bronquial (J45) | <input type="checkbox"/> Parkinson (G20) |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Coronaria (I25) | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II (E11) | <input type="checkbox"/> Bronq. Crónica (J42) | <input type="checkbox"/> Epilepsia (G40) |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca (I50) | <input type="checkbox"/> Dislipemia (E78) | <input type="checkbox"/> Enfisema (J43) | <input type="checkbox"/> Glaucoma (H40) |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial (I10) | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa (K51) | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo (E05) | <input type="checkbox"/> Lepra (A30) |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea (M05) | <input type="checkbox"/> Enf. De Crohn (K50) | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo (E03) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (A15) |
| <input type="checkbox"/> Gota (M10) | <input type="checkbox"/> Anticoncepción (Z30) | <input type="checkbox"/> Trast. Psiquiátricos(DSMIV) | <input type="checkbox"/> |

Descripción: _____

¿Cumple con el tratamiento?: Si No En forma Irregular

Datos Epidemiológicos (marcar con un X la /s opción /es informada /s)

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO | | SI | NO |
| • Tabaquismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Antecedentes familiares Cardiopatías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sobrepeso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Antecedentes familiares Hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sedentarismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Antecedentes familiares Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Stress | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Antecedentes familiares A. C. V. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datos del Médico Tratante:

Matrícula profesional: MN: _____ MP: _____ Provincia: _____

Prestador OSDIPP SI NO Nro. Prestador _____ Especialidad: _____

Si no es prestador de OSDIPP, indicar: TE: _____ e-mail _____

Firma y Sello del Médico Tratante

Firma del Paciente

Lugar: _____ Fecha: _____

- Completar todos los datos con letra clara
- Debe estar firmado en original por el médico tratante y el paciente que realiza la presentación.
- El formulario en blanco puede ser fotocopiado.