

PLANILLA DE CRONICIDAD

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:		N° afiliado:	
Sexo:		Fecha nac: / /	
Estado civil:		Tipo y Nro de documento:	
Domicilio:		Nro:	Piso/Dto:
Nacionalidad:	Cod postal:	Localidad:	
Provincia:		Teléfono:	
Mail:			

INFORMACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Peso:	Altura:	IMC:
Circunferencia abdominal:		Fecha:

DIAGNÓSTICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>	COAGULOPATÍAS <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE PARKINSON <input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD CORONARIA <input type="checkbox"/>	ASMA BRONQUIAL <input type="checkbox"/>	ENF. PSIQUIÁTRICA (DSM IV F29) <input type="checkbox"/>
INSUFICIENCIA CARDÍACA <input type="checkbox"/>	EPOC <input type="checkbox"/>	EPILEPSIA <input type="checkbox"/>
ARRITMIA <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE CROHN <input type="checkbox"/>	GLAUCOMA <input type="checkbox"/>
DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	LUPUS <input type="checkbox"/>	ENF. INFL.INTESTINAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>
ARTRITIS <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/>	ESCLEROSIS <input type="checkbox"/>
HIPOTIROIDISMO <input type="checkbox"/>	IRC <input type="checkbox"/>	PSORIASIS <input type="checkbox"/>
GOTA <input type="checkbox"/>	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA <input type="checkbox"/>	HIPERTIROIDISMO <input type="checkbox"/>
HEMOFILIA <input type="checkbox"/>	INFERTILIDAD <input type="checkbox"/>	

DRUGA - NOMBRE GENÉRICO / NOMBRE COMERCIAL	DOSIS MG/M2	COMPRIMIDOS POR DÍA	DICTAMEN DE AUDITORÍA

MÉDICO TRATANTE (COMPLETADO POR EL MISMO)

Apellido y Nombre:		
MN°:	Especialidad:	
Domicilio:	Localidad:	Provincia:
Mail:		Teléfono:

Firma y sello del profesional:	Fecha:
--------------------------------	--------