

FORMULARIO DE MEDICACIÓN CRÓNICA



DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido Fecha Nac Sexo: Fem. Masc.
N° de Afiliado DNI/LC/LE Edad:
Domicilio Tel:
Provincia Localidad

INFORMACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Peso Altura IMC Circunferencia abdominal
Fecha / / 20.....

DIAGNÓSTICO

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Coagulopatías |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29) | <input type="checkbox"/> ACO |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca. | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> IRC |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Asma Bronquial | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica. |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intestinal Crónica | <input type="checkbox"/> Otras Patologías |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Droga-Nombre Genérico / Nombre Comercial	Miligramos	Comprimidos por día	Dictamen de Auditoría

MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido Teléfono
Domicilio
Horario de Consulta Teléfono Móvil
M.N° M.P°
Fecha