# SOLICITUD DE PROVISION DE MEDICACIÓN CRONICA

**HISTORIA CLÍNICA**

*Fecha:…… …/………/………..*

# DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombres......................................................................................................................................................

Edad.......... Sexo: ........ Fecha de Nacimiento: ........./…......./ ……...... DNI./CI:……................................... .

N° de Beneficiario: ............................................................................... Titular:........... Adherente:..........

Domicilio:.......................................................................Ciudad:..............................Provincia:………..........................

Teléfono ……………………............................ E-mail:.... ...........................................................................................

# DIAGNOSTICO

Principal:…....................................................................................................................................................................

Secundarios:.................................................................................................................................................................. .......................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................

# ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD, ESTADO ACTUAL

(*detallar estado funcional, complicaciones y/o* *comorbilidades*)

.………………..................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

….....................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

# TRATAMIENTOS PREVIOS

detallando dosis y tiempos

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

# FUNDAMENTOS DE LA INDICACIÓN MÉDICA ACTUAL

.........................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................... ........................................................................................................................................................ .........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

# ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNÓSTICO

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

….....................................................................................................................................................

(*adjuntar fotocopia de informes)*

# DETALLE DEL TRATAMIENTO INDICADO

(*completo: detallando dosis diaria y mensual, y tiempo probable* *de uso*)

**Medicación por monodroga ( nombre genérico )**…………………………………………….......................................

Dosis diaria …………………………………………….... Dosis mensual…………………………………

Dosis semestral (*si correspondiere).*............................................... Tiempo probable de uso..................................

Peso.....................Kg Altura............................ cm. Superficie Corporal...............................M2 (*si correspondiere)*

**Medicación por monodroga ( nombre genérico ):** …………………………………………….....................................

Dosis diaria …………………………………………….... Dosis mensual………………………………………..

Dosis semestral (*si correspondiere).*.......................................Tiempo probable de uso..................................

Peso.....................Kg Altura............................ cm. *Superficie Corporal...............................M2 (si correspondiere)*

M**edicación por monodroga ( nombre genérico )** …………………………………………….....................................

Dosis diaria …………………………………………….... Dosis mensual………………………………………..

Dosis semestral (*si correspondiere).*.......................................Tiempo probable de uso..................................

Peso.....................Kg Altura............................ cm. *Superficie Corporal...............................M2 (si correspondiere)*

**DROGA A SUMINISTRAR EN CADA PERÍODO DE TRATAMIENTO**

Monodroga en su nombre genérico con especificación de miligramos................................................................

.............................................................................................................................................................................

Cantidad de unidades a utilizar..........................................................................................

( Acompañar al formulario receta original )

***OBSERVACIONES***

***NOTA IMPORTANTE***  **Cada 6 meses enviar datos de evolución y respuesta al tratamiento**

***IMPORTANTE PARA SU ACEPTACIÓN:* Se ruega completar con letra legible o caracteres de imprenta**

# DATOS DE INSTITUCION TRATANTE

Nombre de la Institución: ...........................................................................................................................................

Domicilio: .............................................................................................. Provincia: ...............................................

Localidad: : ........................................................................................... C.P.: .........................................................

Teléfono: .............................................................. - Días y horas de atención...........................................................

E-mail: ........................................................................................................................................................................

# DATOS DEL MEDICO TRATANTE

|  |
| --- |
| Apellido y Nombre: ........................................................................................................................................................    Especialidad: ..................................................... Matrícula Nac.: ......................... Matrícula Pcia.: ...........................    Domicilio Laboral: .........................................................................................................................................................    Días y horas de atención..............................................................................................................................................    Teléfono laboral:............................................................. Tel. Celular: ..........................................................................    E-mail: ..........................................................................................................................................................................                Firma y Sello Profesional |

A completar por la Obra Social:

Recibido Fecha: ………../………../………..

Firma y Aclaración de quien Recibe:………………………………………………………………………….

Firma y Sello Auditoría Médica