

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO DE MEDICAMENTOS CRÓNICOS (RES 310/2004 MSN)

INICIO ☐ NUEVA ENFERMEDAD ☐ *Marcar con una x la opción indicada*

- Si se modifica la dosis de la medicación para la **misma patología informada al inicio**, solo se deberá enviar una nueva receta médica.
- Si se agrega una nueva medicación para el **tratamiento de la patología informada al inicio**, solo se deberá enviar una nueva receta médica.
- En el caso de diagnosticarse una **nueva enfermedad crónica**, se deberá enviar un nuevo formulario de empadronamiento de medicamentos crónicos.

» **POR FAVOR CONFECCIONAR EN LETRA IMPRENTA**

Datos del afiliado:				
Apellido:		Nombre:		
Tipo y N° documento:		N° de afiliado:		
Domicilio:		Loc:	Provincia:	
Email:		Teléfono:		
Resumen de H.C:				
Datos del profesional tratante (para ser completado por el médico)				
Apellido:		Nombre:	N° de Matrícula:	
Especialidad:		Institución/consul:		
Teléfono:		Hs. de Atención:	Email:	
Medicamentos a solicitar:				
PRINCIPIO ACTIVO	FORMA FARMACÉUTICA		DOSIS DIARIA (COMP./GOTA/UNIDAD)	
Diagnóstico:				
HTA	HIPO/HIPERTIROIDISMO	TRAS. PSIQUIÁTRICO	ENF. CONVULSIVANTE	
GOTA	COLITIS ULCEROSA/CROHN	PARKINSON	ANTICOAGULACIÓN	
ENF. CORONARIA	AR Y OTRAS ARTRITIS	GLAUCOMA	DISLIPEMIA	
INS. CARDÍACA	EPOC	ARRITMIA	DIABETES	

Firma del Médico

Sello del Médico

La primer entrega de medicamentos se deberá retirar con la receta (original) confeccionada por el profesional, y los 3 (tres) meses subsiguientes se retirarán con la fotocopia de la misma.

Fecha