

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) | |

Descripción: _____

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

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

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> • Sobrepeso <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> • Sedentarismo <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> • Stress <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> | <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares Cardiopatías <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> • Antecedentes familiares Hipertensión <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> • Antecedentes familiares Diabetes <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> • Antecedentes familiares A. C. V. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> |
|---|--|

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

Fecha:

Lugar: _____

- 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.