

Solicitud de Medicamentos

Resolución 310/04

OSPE

DATOS DEL AFILIADO/A

APELLIDO/S

NOMBRE/S

NÚMERO DEL AFILIADO

EDAD

TELÉFONO PARTICULAR

TELÉFONO CELULAR

E-MAIL PERSONAL

BREVE RESUMEN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA

DIAGNÓSTICO (indicar con una X el/los diagnóstico/s correspondiente/s)

ANEMIA (D64)	<input type="checkbox"/>	ANTICOAGULACIÓN (I74)	<input type="checkbox"/>	ANSIEDAD (F41)	<input type="checkbox"/>
ARRITMIA CARDÍACA (I49)	<input type="checkbox"/>	ARTRITIS REUMATOIDEA/COLAGENOPATÍAS (M05)	<input type="checkbox"/>	ASMA (J45)	<input type="checkbox"/>
COLITIS ULCEROSA / CROHN (K51)	<input type="checkbox"/>	DEPRESIÓN (F32)	<input type="checkbox"/>	DIABETES INSULINO DEPENDIENTE (E10)	<input type="checkbox"/>
DIABETES NO INSULINO DEPENDIENTE (E11)	<input type="checkbox"/>	DISLIPEMIA (E78)	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD CORONARIA (I20)	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIA / CONVULSIONES (G40)	<input type="checkbox"/>	E.P.O.C. (J44)	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (I10)	<input type="checkbox"/>
INSUFICIENCIA CARDÍACA (I50)	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA (H40)	<input type="checkbox"/>	GOTA / HIPERURICEMIA (M10)	<input type="checkbox"/>
HIPOTIROIDISMO (E03)	<input type="checkbox"/>	HIPERTIROIDISMO (E05)	<input type="checkbox"/>	PARKINSON / PARKINSONISMOS (G20)	<input type="checkbox"/>

OTROS DIAGNÓSTICOS

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

PRINCIPIO ACTIVO	UNIDAD POSOLÓGICA (MG)	TIEMPO PRESCRIPTIVO (EN MESES)	OBSERVACIONES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL MÉDICO/A PRESCRIPTOR/A

APELLIDO/S

NOMBRE/S

NÚMERO DE MATRÍCULA

TELÉFONO

INSTITUCIÓN

E-MAIL

Firma y Sello Médico/a Prescriptor/a

FECHA

La información que se incluye en el presente formulario será considerada confidencial por OSPE y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes. **Nota:** La totalidad de los datos deberán ser completados a mano con la misma tinta y sin cambios de tipografía. Toda enmienda deberá ser salvada por el profesional prescriptor (con firma y sello).