

o.s.p.d.i.c.a.

FORMULARIO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS Resolución 310/04 y Anexas

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer N° de Afiliado: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

DIAGNÓSTICO (Marcar con una X a la izquierda de la/s patología/s informada/s)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anticoagulación |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Coronaria | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Reumáticas | <input type="checkbox"/> Hiperuricemia | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedad Inf. Crónica Intestinal | <input type="checkbox"/> Psicopatología (Diag DSM IV) Código _____ | <input type="checkbox"/> Gota |

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre: _____

Matrícula: MN MP Número de Matrícula: _____ Provincia: _____

C.U.I.T.: _____ Número de Prestador: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma y sello del Médico Tratante

Firma del Paciente

Lugar y fecha de presentación

Instrucciones de uso: Completar todos los datos en letra de imprenta. El formulario debe estar firmado por el médico tratante y el paciente que realiza la presentación. Utilizar este formulario para indicar más de una patología. Este formulario en blanco puede ser fotocopiado.