Obra Social de Trabajadores Viales OSTV

PROGRAMA DE CRONICIDAD

Fecha: _____ / _____ / _____

APELLIDO y NOMBRE: _____

NRO AFILIADO: _____ DNI: _____

TELEFONO/ CEL: _____ E-MAIL: _____

MEDICACIÓN - TRATAMIENTO INDICADO

FÁRMACO	Potencia mg / UL / etc.	FORMA FARMACÉUTICA compr / Iny/gts / etc.	POSOLOGIA Dosis-Intervalo	MARCA SUGERIDA

Ejemplo de llenado de formulario Medicamento	FÁRMACO	Potencia	FORMA FARMACÉUTICA	POSOLOGIA	MARCA SUGERIDA
	Timolol	5%	gotas	1 c/ojo c/12hs	BBB
	hidroclorotiazida+amilorida	50/5 mg	comprimidos	1/2 x dia	BBB

DIAGNÓSTICO / PATOLOGÍA

- ☐ Hipertención Arterial
- ☐ Enfermedad Coronaria
- ☐ Insuficiencia Cardíaca
- ☐ Prev. Sec. Cardiop.Isq.
- ☐ Arritmia Cardíaca
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Prev. Prim. Cardiop.Isq.
- ☐ Enf.Intes.Inflam.Crónica
- ☐ Otras Patologías, Cuáles? _____
- ☐ Diabetes Tipo I
- ☐ Diabetes Tipo II
- ☐ Dislipemia
- ☐ Glaucoma
- ☐ Asma Bronquial
- ☐ EPOC
- ☐ Coagulopatias
- ☐ Gota
- ☐ Epilepsia
- ☐ Enf. de Parkinson
- ☐ Artritis Rematoidea
- ☐ Enf. Psiquiatrica

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

.....
Firma y Sello Médico

.....
Firma y Sello Auditoría O.S.

Los cambios de tinta y/o letra del presente formulario deberán ser salvados por el médico de Cabecera

Para consultar el estado de su solicitud ingresar a www.garantiamedica.com