

# Solicitud de Medicamentos

Resolución 310/04

OSPE

## DATOS DEL AFILIADO/A

APELLIDO/S	NOMBRE/S	NÚMERO DEL AFILIADO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
EDAD	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO CELULAR	E-MAIL PERSONAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## BREVE RESUMEN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA

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

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

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).