

MEDICAMENTOS - Dosificación

Datos del Afiliado

Nº Afiliado: _____

Nombre y Apellido: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico (datos a completar por el médico de cabecera)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Dbt no insulino-depend | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Hipertiroismo | <input type="checkbox"/> Enf. De Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Arritmia Crónica | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea/Otras Atritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Asma Bronquial | <input type="checkbox"/> Dislipemia |
| <input type="checkbox"/> Coagulopatias | <input type="checkbox"/> Enf.Intestinal Crónica | <input type="checkbox"/> Otras Patologías |

Resumen de Historia Clínica (consignar tiempo de evolución)

Tratamiento (Consignar todos los datos)

	Droga (Nombre Genérico)	Miligramos	Comprimidos por Día
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

Datos del Profesional

Nombre y Apellido: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ Horario de Consulta: _____

Fecha: _____

Firma y Sello del Profesional