

MEDICAMENTOS - DOSIFICACIÓN

Esta planilla deberá presentarse semestralmente, dentro del año calendario; si cambia la medicación, deberá presentarla nuevamente

Datos del afiliado

D.N.I del Afiliado: _____

Apellido y Nombre: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico (datos a completar por el médico de cabecera)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Hipertensión Arterial | ☐ EPOC | ☐ Enf. de Parkinson |
| ☐ Enfermedad Coronaria | ☐ Hipertiroidismo | ☐ Epilepsia |
| ☐ Insuficiencia Cardíaca | ☐ Hipotiroidismo | ☐ Glaucoma |
| ☐ Arritmia Crónica | ☐ Fibrosis Pulmonar | |
| ☐ Dislipemia | ☐ Asma Bronquial | |

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			

Fecha

Firma y Sello del Profesional