

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DESDE:

HASTA:

**FICHA DE RELEVAMIENTO DE PACIENTES CRONICOS PREVALENTES****Adjuntar a esta ficha.**

- a) - Descripción del cuadro clínico que justifica el uso de las drogas.  
 b) - Estudios que confirmen diagnóstico y resultado, último realizado y periodicidad de reiteración

**DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO**

NOMBRE Y APELLIDO:	O.S.ADEF N°:
EDAD:	DOMICILIO:
N° DOCUMENTO:	TELEFONO:

**DATOS A COMPLETAR POR EL MEDICO ( CON FIRMA Y SELLO )**

<b>PATOLOGIA 1:</b>	<b>DIAGNOSTICO 1:</b>
MEDICO TRATANTE:	
ESPECIALIDAD:	DOMICILIO:
TELEFONO:	AÑO DE INICIO DE ENFERMEDAD:

**DATOS DE LA MEDICACION CON QUE ESTA SIENDO TRATADO EL PACIENTE**

DROGA	CONCENTRACION	DOSIS DIARIA	NOMBRE COMERCIAL

**DATOS A SER COMPLETADOS POR LA OBRA SOCIAL UNICAMENTE**

<b>PATOLOGIA 1</b>	<b>DIAGNOSTICO 1</b>
AUDITOR:	
OBSERVACIONES	
DROGA Y MG:	
ACCION TERAPEUTICA:	
CODIGO R.310:	
R.U:	
NOMBRE COMERCIAL:	

**DATOS A COMPLETAR POR EL MEDICO ( CON FIRMA Y SELLO )**

<b>PATOLOGIA 2:</b>	<b>DIAGNOSTICO 2:</b>
MEDICO TRATANTE:	
ESPECIALIDAD:	DOMICILIO:
TELEFONO:	AÑO DE INICIO DE ENFERMEDAD:

**DATOS DE LA MEDICACION CON QUE ESTA SIENDO TRATADO EL PACIENTE**

DROGA	CONCENTRACION	DOSIS DIARIA	NOMBRE COMERCIAL

**DATOS A SER COMPLETADOS POR LA OBRA SOCIAL UNICAMENTE**

<b>PATOLOGIA 2:</b>	<b>DIAGNOSTICO 2:</b>
AUDITOR:	
OBSERVACIONES	
DROGA Y MG:	
ACCION TERAPEUTICA:	
CODIGO R.310:	
R.U:	
NOMBRE COMERCIAL:	