

**FICHA DE RELEVAMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS PREVALENTES**

**FECHA:**

**Desde:**     **Hasta:**

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 Nº:
EDAD:	DOMICILIO:
Nº DOCUMENTO:	TELEFONO:

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

PATOLOGIA 1:	DIAGNOSTICO 1:
MEDICO TRATANTE:	
ESPECIALIDAD:	DOMICILIO:
TELEFONO:	AÑO DE INICIO DE ENFERMEDAD:

**DATOS DE LA MEDICACIÓN CON QUE ESTÁ SIENDO TRATADO EL PACIENTE**

MONODROGA	CONCENTRACIÓN	DOSIS DIARIA

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

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

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

PATOLOGIA 2:	DIAGNOSTICO 2:
MEDICO TRATANTE:	
ESPECIALIDAD:	DOMICILIO:
TELEFONO:	AÑO DE INICIO DE ENFERMEDAD:

**DATOS DE LA MEDICACIÓN CON QUE ESTÁ SIENDO TRATADO EL PACIENTE**

MONODROGA	CONCENTRACIÓN	DOSIS DIARIA

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

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