



## PROGRAMA DE ACCESO Y AMPLIACION DE COBERTURA FARMACOLOGICA PARA ENFERMEDADES CRONICAS

### DATOS DEL SOCIO

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

N° de Afiliado \_\_\_\_\_ Edad (años) \_\_\_\_\_ N° de Historia Clínica \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

---

---

---

---

---

### TRATAMIENTO ACTUAL (la totalidad de los medicamentos consumidos)

Droga	Marca	Unidad Posológica (en mg)	Comprimidos/día

### DATOS DEL PRESCRIPTOR

Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICOS

Hipertensión arterial     Primaria     Secundaria     Enfermedades Tromboembólicas     T. Periféricas arteriales y/o venosas     T. Cardiacas     T. Cerebrales    Otro diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico prescriptor

\_\_\_\_\_  
Fecha