



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. Perifericas arteriales y/o venosas T. Cardiacas T. Cerebrales Otro diagnóstico _____

Firma y sello del médico prescriptor

Fecha