

Formulario de solicitud de medicamentos resolución 27/2022

Datos del socio:

Nombre(s) y Apellido(s): _____

N° de socio: _____ Edad (en años): _____ N° de Historia Clínica: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: 0 _____ E-mail: _____ Celular: 0 _____ 15 _____

Teléfono laboral: 0 _____ E-mail laboral: _____

Diagnósticos:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial: I10 | <input type="checkbox"/> Hipo / hipertiroidismo: E03 / E05.9 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gota: M10 | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa: K51 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria: I25.5 | <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivante: G40.1 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca: I50 | <input type="checkbox"/> AR: M05 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica: I49.9 | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatadora: J44.9/J45 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación: I74 | <input type="checkbox"/> Glaucoma: H40 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome metabólico: E88.81 | <input type="checkbox"/> Enfermedad extrapiramidal: G20 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia: E78 | <input type="checkbox"/> Modificadores de conducta: F29 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Síndrome Bipolar: F31 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: _____ |

Breve resumen de historia clínica:

Tratamiento actual (la totalidad de los medicamentos consumidos):

Principio activo	Marca comercial	Unidad posológica (en mg)	Comprimidos / día	Tiempo prescriptivo en meses	Observaciones

Datos del prescriptor:

Nombre(s) y Apellido(s): _____

Teléfono: 0 _____ Institución: _____

Firma y Sello del Médico prescriptor

Fecha

La información que se incluye en esta planilla será considerada confidencial por Swiss Medical Group y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes.