

**1. Datos personales del paciente:**

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: F: ☐ M: ☐ Nro. de Afiliado: _____

DNI: _____ Mail: _____

2. Diagnóstico o Situación (Marcar con una "X" a la izquierda lo que corresponda al paciente)

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arritmia (I44-49) | <input type="checkbox"/> Anticoagulación (D68) | <input type="checkbox"/> Asma (J45) | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea (M05-06) | <input type="checkbox"/> Dislipemia (E78) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas (I21-25) | <input type="checkbox"/> Enfermedades Inf. Crónica Intestinal (K50-51) | <input type="checkbox"/> Epilepsia (G40) | <input type="checkbox"/> EPOC (J40-44) | <input type="checkbox"/> Glaucoma (H40) |
| <input type="checkbox"/> Gota (M10) | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial (I10-15) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca (I50) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Coronaria (I20) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica (N18) |
| <input type="checkbox"/> Patología Tiroidea (E00-07) | <input type="checkbox"/> Parkinson (G20-26) | <input type="checkbox"/> Psicopatología según DSM IV, Código: _____ | | |

3. Medicación

Droga	Presentación	Dosis/día	Cantidad de envases/mes

4. Datos del médico tratante

Apellido y Nombre: _____

Matrícula N°: _____ MN: ☐ MP: ☐ Prestador de cartilla: Si: ☐ No: ☐

Si no es prestador indicar dirección y teléfono: _____

Firma y sello del profesional

Firma del paciente

Nota: Completar todos los datos en letra imprenta y legible. Lo cual agilizará el trámite evitando la demora.