SALUD PLENA

PROGRAMA DE CRONICIDAD

Fecha: ……/……/……..…

APELLIDO Y NOMBRES ……..……..……...……..…

NRO. AFILIADO ……...……/…..... DNI …….…...……

CUIL …..…-……..……-……..… TEL. …(……..…)……..……..……

MEDICACIÓN - TRATAMIENTO INDICADO

FÁRMACO	Potencia mg / UL / etc.	FORMA FARMACÉUTICA compr / Iny/gts / etc.	POSOLOGIA Dosis-Intervalo	MARCA SUGERIDA

	FÁRMACO	Potencia	FORMA FARMACÉUTICA	POSOLOGIA	MARCA SUGERIDA
Ejemplo de llenado de formulario Medicación	Timolol	5%	gotas	1 c/ojo c/12hs	BBB
	hidroclorotiazida+amilorida	50/5 mg	comprimidos	1/2 x dia	BBB

DIAGNÓSTICO

- ☐ Hipertensión Arterial
- ☐ Diabetes Tipo I
- ☐ Diabetes Tipo II
- ☐ Asma Bronquial
- ☐ Glaucoma
- ☐ Enfermedad Coronaria
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Enf. de Parkinson
- ☐ Enf.Intest.Inflam.Crónica
- ☐ Insuficiencia Cardíaca
- ☐ Dislipemia
- ☐ EPOC
- ☐ Coagulopatías
- ☐ Artrititis Rematoidea
- ☐ Prev.Sec.Cardiop.Isq.
- ☐ Prev.Prim.Cardiop.Isq.
- ☐ Gota
- ☐ Epilepsia
- ☐ Enf. Psiquiatirca (DSM IV F29)
- ☐ Arritmia Crónica
- ☐ Otras Patologías, cuáles? ……

OBSERVACIONES

……
Firma y Sello Médico

……
Firma y Sello Auditoría O.S.

Los cambios de tinta y/o letra del presente formulario deberán ser salvados por el médico prescriptor