

## PROGRAMA DE PACIENTES CRÓNICOS

Apellido y Nombre:  
Fecha de Nacimiento:  
Domicilio:  
Entre calles:  
Teléfono:

N°:  
Tel. Móvil:

N° de Afiliado:  
DNI.:  
Piso/ Dpto:  
Localidad:  
e-mail:

**Diagnósticos:** (describir aquellas patologías crónicas incluidas en el programa).

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**Otras patologías:** (mencionar aquellas que puedan correlacionarse con los diagnósticos anteriores).

**Prescripción:** (por nombre genérico y de acuerdo a la Res. 310/04)

| Nombre Genérico | Forma Farmacéutica | Dosis Diaria | Dosis Mensual | Autorizado por Obra Social |    |
|-----------------|--------------------|--------------|---------------|----------------------------|----|
|                 |                    |              |               | SI                         | NO |
|                 |                    |              |               |                            |    |
|                 |                    |              |               |                            |    |
|                 |                    |              |               |                            |    |
|                 |                    |              |               |                            |    |
|                 |                    |              |               |                            |    |
|                 |                    |              |               |                            |    |

**Tiempo Aproximado de tratamiento:**

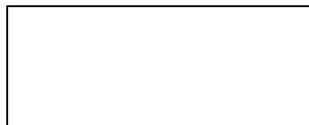
Modificación de tratamiento: (Solo completar en caso de cambio de medicación).

| Suspender | Remplazar por | Dosis Diaria | Dosis Mensual | Autorizado |    |
|-----------|---------------|--------------|---------------|------------|----|
|           |               |              |               | SI         | NO |
|           |               |              |               |            |    |
|           |               |              |               |            |    |
|           |               |              |               |            |    |

**Baja Programa de Cronicidad:**

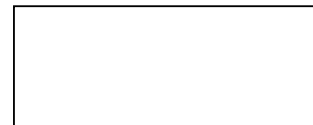
Fecha: ...../...../.....

Causa: .....



Firma y sello Médico Tratante

Fecha Prescripción:...../...../.....



Firma y sello de la Obra Social

Fecha Autorización:...../...../.....