

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PACIENTES CRÓNICOS

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Afiliado N°:
 Apellido y Nombre: Sexo: F M
 Número de Documento: Fecha de Nacimiento:/...../.....
 Dirección: Provincia: Localidad:
 CP: Teléfono:

2. PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Apellido y Nombre: Dirección:
 Teléfono: Institución: Localidad:
 Especialidad: Mat. Especialidad:

3. DATOS DE LA FARMACIA A LA QUE CONCORRE FRECUENTEMENTE

Nombre de la farmacia: Localidad:

4. DATOS COMPLEMENTARIOS

Tipo de Empadronamiento: Inicio Cambio - Peso: Talla:
 BMI: Sup. Corp:

5. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (Informe TODOS los diagnósticos del paciente)

Enfermedades	Diagnóstico Ppal. (CIE 10)*	Fecha comienzo*	Med. Hab (monodroga)	Forma Farmacéutica	Dosis Diaria
Cardiovasculares					
Diabetes					
Digestivas					
Dolor					
Endocrinológicas					
Hematológicas					
Inmunológicas					
Metabólicas					
Neurológicas					
Pulmonares					
Psiquiátricas					
Renales					
Transplantes					
Otras					

6. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - FUNDAMENTOS DE DIAGNÓSTICO - *Seleccione lo que corresponda*

	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Breve Descripción
Por clínica del paciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Examen Laboratorios Habituales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Examen Laboratorios Complejos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Radiología	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tomografía A.C.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Resonancia Nuclear Mag.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anatomía Patológica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

SITUACIÓN ACTUAL:

DDJJ: Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente. La documentación de respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoria médica de la APROSS.

Firma y Aclaración del Paciente

Firma y Sello del Médico Tratante

ADJUNTAR:

Resumen de Historia Clínica.
 Fotocopia de Carné.
 Fotocopia de Informe de Estudios que demuestren la patología que padece el/la afiliado/a.

* LOS DATOS QUE FIGURAN RESALTADOS SON OBLIGATORIOS Y SU AUSENCIA IMPIDE EL TRÁMITE DE EMPADRONAMIENTO.