

FORMULARIO DE MEDICACIÓN CRÓNICA

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido Fecha Nac Sexo: Fem. ☐ Masc. ☐
 N° de Afiliado DNI/LC/LE Edad:
 Domicilio Tel:
 Provincia Localidad Fecha.....

INFORMACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Peso Altura IMC Circunferencia abdominal
 Fecha / / 20.....

DIAGNÓSTICO

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Hipertensión Arterial | ☐ Hipertiroidismo | ☐ Enfermedad de Parkinson | ☐ Coagulopatías |
| ☐ Enfermedad Coronaria | ☐ Hipotiroidismo | ☐ Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29) | ☐ ACO |
| ☐ Insuficiencia Cardíaca. | ☐ Gota | ☐ Epilepsia | ☐ IRC |
| ☐ Arritmia | ☐ Asma Bronquial | ☐ Glaucoma | ☐ Cardiopatía Isquémica. |
| ☐ Dislipemia | ☐ EPOC | ☐ Enf. Infl. Intestinal Crónica | ☐ Otras Patologías |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Droga-Nombre Genérico / Nombre Comercial	Miligramos	Comprimidos por día	Dictamen de Auditoría

MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido Teléfono
 Domicilio
 Horario de Consulta Teléfono Móvil
 M.N° M.P°
 Fecha