



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

Formulario de solicitud de medicamentos Resolución 310/04

DATOS DEL SOCIO

Apellido _____ Nombre _____

Nº CUIL _____ Edad _____ Nº de Historia Clínica _____

Domicilio _____ Teléfono particular _____ Teléfono Móvil _____

E-mail _____ Firma _____

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

TRATAMIENTO ACTUAL (La totalidad de los medicamentos consumidos)

DROGA	MARCA	UNIDAD POSOLOGICA (en mg)	COMPRIMIDOS / DIA

DATOS DEL PRESCRIPTOR

Nombre y Apellido _____ Numero de Matricula _____

Teléfono _____ Institución _____

DIAGNOSTICO

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica | <input type="checkbox"/> Anticoagulacion | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus No insulino dependiente | <input type="checkbox"/> Dislipemia |
| <input type="checkbox"/> Hipo / Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa / Crohn | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus insulino dependiente | <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivamente |
| <input type="checkbox"/> AR y otras artritis | <input type="checkbox"/> Anticoncepción | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatadora | <input type="checkbox"/> Modificación de conducto |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad estirapiramidal | | | |

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO PRESCRIPTOR

FECHA

Estimado socio: Recuerde que junto a la solicitud de medicación crónica debe presentar orden médica original con pedido de medicación; sellada, firmada y fechada por el profesional tratante, sin excepción. Esta planilla vencerá a los 6 meses de presentada.

El monto de cobertura de cada medicamento puede ser consultado en www.sssalud.com.ar