

# SISTEMA DE PROVISION DE MEDICACION CRONICA

APELLIDO Y NOMBRE : \_\_\_\_\_ AUTORIZACION N° \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

NRO. DE AFILIADO: \_\_\_\_\_ PLAN: \_\_\_\_\_ TELEFONO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(Tildar el diagnóstico correspondiente y escribir el código CIE 10 en la tabla de tratamiento)

- |                                  |                                 |                              |                                   |                              |   |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Z30     | Anticoncepción                  | <input type="checkbox"/> I25 | Enfermedad coronaria              | <input type="checkbox"/> N18 | Insuf. renal crónica                                |
| <input type="checkbox"/> I49     | Arritmia crónica                | <input type="checkbox"/> G40 | Epilepsia                         | <input type="checkbox"/> I50 | Insuficiencia cardíaca                              |
| <input type="checkbox"/> M05     | Artritis reumatoidea, otras AR. | <input type="checkbox"/> J44 | EPOC                              | <input type="checkbox"/> G37 | Miastenia Gravis y otros trat. Neuromusculares      |
| <input type="checkbox"/> J45     | Asma bronquial                  | <input type="checkbox"/> G35 | Esclerosis Múltiple               | <input type="checkbox"/> E66 | Obesidad  |
| <input type="checkbox"/> D68     | Coagulopatías                   | <input type="checkbox"/> E84 | Fibrosis Quística                 | <input type="checkbox"/> M12 | Otras Artropatías                                   |
| <input type="checkbox"/> K52     | Colitis ulcerosa/ Crhon         | <input type="checkbox"/> H40 | Glaucoma                          | <input type="checkbox"/> J98 | Otros trast. Respiratorios                          |
| <input type="checkbox"/> E78     | Dislipemias                     | <input type="checkbox"/> M10 | Gota                              | <input type="checkbox"/> H57 | Otros trastornos del ojo y sus anexos (No estético) |
| <input type="checkbox"/> N80     | Endometriosis                   | <input type="checkbox"/> B17 | Hepatitis                         | <input type="checkbox"/> I69 | Secuelas de enf. cerebrovasculares                  |
| <input type="checkbox"/> G20     | Enf. Extrapiramidal             | <input type="checkbox"/> I10 | Hipertensión arterial             | <input type="checkbox"/> K90 | Sind. de mala absorción                             |
| <input type="checkbox"/> F33/F34 | Enf. Psiquiátrica               | <input type="checkbox"/> E05 | Hipertiroidismo                   | <input type="checkbox"/> M35 | Trast. de densidad osea                             |
|                                  |                                 | <input type="checkbox"/> E23 | Hipofunción o trast. Hiposifarios |                              |   |
|                                  |                                 | <input type="checkbox"/> E03 | Hipotiroidismo                    |                              |   |

Por favor Sr. Profesional prescribir solo medicación relacionada con las patologías crónicas listadas en la presente ficha y colocar en el diagnóstico CIE 10 correspondiente.

Tratamiento actual (completar todos los datos)

	Droga genérica	Nombre comercial	Unidad Posológ.	Dosis Diaria	Diag.CIE10	% de Cob.*
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						

El presente formulario es válido para su carga dentro de los 30 días corridos desde la fecha de prescripción. La carga efectuada tendrá una vigencia de 180 días corridos.

**Los medicamentos por Diabetes deben venir solicitados en su formulario específico.**

Firma y sello del profesional