

RESOLUCION 310/04

N° AFILIADO:	APELLIDO Y NOMBRE:
FECHA:	LUGAR DE ATENCION:

DIAGNOSTICO (marque con X la/s patología/s correspondientes)

ANTICONCEPTIVOS	INSUFICIENCIA CARDIACA
ARRITMIAS	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
ARTRITIS REUMATOIDEA	INSUFICIENCIA CORONARIA
ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIS	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
ASMA BRONQUIAL	LEPRA
CARDIOPATIA ISQUEMICA	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
COLITIS ULCEROSA	MIASTENIA GRAVIS
DERMATOMIOSITIS	PARKINSON
DISLIPEMIAS	POLIMIALGIA REUMATICA
ENFERMEDAD DE CROHN	POLIMIOSITIS
EPILEPSIA	PREV. 1° DE CARDIOPATIA ISQUEMICA
EPOC	PREV. 2° DE CARDIOPATIA ISQUEMICA
ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA	PROFILAXIS EMBARAZADAS RH. DE USO
ESQUIZOFRENIA	PROFILAXIS HEPATITIS B
FACTORES DE COAGULACION SANGUINEA	PSICOSIS ORGANICAS
FIBRÓISIS PULMONAR	PSORIASIS
GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR)	SINDROME DE SJÖGREN
GOTA CRONICA	TERAPEUTICA ANTIAGREGANTE
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	TRATAMIENTO DEL DOLOR
HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA	TRATAMIENTO ONCOLOGICO
HIPERTIROIDISMO	TTO. ANTICOAGULANTE
HIPOTIROIDISMO	TUBERCULOSIS
HIV	VOMITOS INDUCIDOS POR AGENTES

- FECHA INICIO TRATAMIENTO:
- TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

DROGA	PRESENTACION	PARA SER COMPLETADO POR AUDITORIA MEDICA		
		COBERTURA		
		100%	70%	50%
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				
6.-				

FIRMA MEDICO TRATANTE

FIRMA MEDICO AUDITOR

❖ Esta planilla tiene una validez de 6 meses desde su presentación