

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha:

Apellido y Nombre:

Afiliado N°:

D.N.I. N°:

Plan:

Titular  Familiar

Fecha Nacimiento:

Sexo: M  F

Domicilio:

Localidad:

Tel:

**DIAGNÓSTICOS (Códigos Según Res. 331/04)**

CÓDIGO	GRUPO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	GRUPO	DESCRIPCIÓN
1	1	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	18	5	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
2	1	HIPERTENSION ARTERIAL SECUND.	19	5	ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVAS
3	1	INSUFICIENCIA CORONARIA	20	5	GOTA CRONICA
4	1	CARDIOPATIA ISQUEMICA	21	5	ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIS
5	1	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGEST.	22	5	POLIMIOSITIS
6	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	23	5	DERMATOMIOSITIS
7	1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	24	5	SINDROME DE SJOGREN
8	1	TTO. ANTICOAGULANTE	25	5	POLIMIALGIA REUMATICA
9	1	ARRITMIAS	26	5	COLITIS ULCEROSA
10	1	TERAPEUTICA ANTIAGREGANTE	27	5	ENFERMEDAD DE CROHN
11	1	PREV. 1° DE CARDIOPATIA ISQUEM.	28	6	PARKINSON
12	1	PREV. 2° DE CARDIOPATIA ISQUEM.	29	6	EPILEPSIA
13	2	DIABETES II (NO INSULINO REQUIR.)	30	7	ESQUIZOFRENIA
14	3	DISLIPEMIAS	31	7	PSICOSIS ORGANICAS
15	4	HIPERTIROIDISMO	32	8	ASMA BRONQUIAL
16	4	HIPOTIROIDISMO	33	8	FIBROSIS PULMONAR
17	5	ARTRITIS REUMATOIDEA	34	9	GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR)

INDICAR CÓDIGOS Y/U OTROS DIAGNÓSTICOS:

Tratamiento: Indicar la prescripción por monodroga cubierta, concentración, forma y unidades según dosis mensual

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN UNIDADES	DURACION DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE ENVASES
1						
2						
3						

<b>SR. PROFESIONAL:</b> Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año  1° Período de Tratamiento: ...../.....  2° Período de Tratamiento: ...../.....  3° Período de Tratamiento: ...../.....	<b>CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS</b>  Periodo: ...../.....  .....  Sello y Firma del Farmacéutico	Total de la receta	
		A cargo del	
		A cargo de la O.S.	

DATOS A COMPLETAR	Troquel	Troquel	Troquel
Beneficiario <input type="radio"/> Tercero Interviniente <input type="radio"/>			
Firma conforme: .....			
Aclaración: .....			
Tipo y N° de Doc.: .....			
Domicilio: .....			
Teléfono: .....			

**DATOS DEL MEDICO TRATANTE**

Apellido y Nombre: .....  
 Matrícula MP: ..... MN: .....  
 Institución: .....

Firma y Sello