

Formulario de solicitud de medicamentos resolución 27/2022

Datos del socio:

Nombre(s) y Apellido(s): _____

N° de socio: _____ Edad (en años): _____ N° de Historia Clínica: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: 0 [][][][] [][][][][][][][] E-mail: _____ Celular: 0 [][][][] 15 [][][][][][][][]

Teléfono laboral: 0 [][][][] [][][][][][][][] E-mail laboral: _____

Breve resumen de historia clínica:

Descripción del cuadro que justifica el uso de la/s drogas solicitada/s (incluyendo limitaciones al uso de otras drogas):

Tratamiento actual (la totalidad de los medicamentos consumidos):

Principio activo	Marca comercial	Unidad posológica (en mg)	Comprimidos /día	Tiempo prescriptivo en meses	Observaciones

Datos del prescriptor:

Nombre(s) y Apellido(s): _____

Teléfono: 0 [][][][] [][][][][][][][] Institución: _____

Diagnósticos:

- Hipertensión arterial: I10
- Gota: M10
- Enfermedad coronaria: I25.5
- Insuficiencia cardíaca: I50
- Arritmia crónica: I49.9
- Anticoagulación: I74
- Síndrome metabólico: E88.81
- Dislipemia: E78

- Hipo / hipertiroidismo: E03 / E05.9
- Colitis Ulcerosa: K51
- Medicación anticonvulsivante: G40.1
- AR: M05
- Medicación broncodilatadora: J44.9/J45
- Glaucoma: H40
- Enfermedad extrapiramidal: G20
- Modificadores de conducta: F29
- Síndrome Bipolar: F31

- Otro diagnóstico: _____
- Otro diagnóstico: _____
- Otro diagnóstico: _____
- Otro diagnóstico: _____
- Otro diagnóstico: _____
- Otro diagnóstico: _____
- Otro diagnóstico: _____
- Otro diagnóstico: _____

Firma y Sello del Médico prescriptor

Fecha

La información que se incluye en esta planilla será considerada confidencial por Swiss Medical Group y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes.