

## Formulario de solicitud de medicamentos resolución 310/04

### DATOS DEL SOCIO

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 N° de socio \_\_\_\_\_ Edad (en años) \_\_\_\_\_ N° de Historia Clínica \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_ 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

Apellido y nombre \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICOS

- |  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial:401   | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus No insulino dependiente: 250.00 | <input type="checkbox"/> AR y otras artritis: 714          | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gota: 274                   | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus insulino dependiente:250.01     | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatadora:495   | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria: 411.1 | <input type="checkbox"/> Dislipemia: 272                                   | <input type="checkbox"/> Glaucoma: 365                     | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca:428  | <input type="checkbox"/> Hipo / hipertiroidismo: 246.8                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad extrapiramidal: 333.90 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica:427        | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa/Crohn: 556.1                     | <input type="checkbox"/> Modificadores de conducta:295     | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación: V58.61     | <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivante:780.3                | <input type="checkbox"/> Anticoncepción: V25               | 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

El monto de cobertura para cada medicamento puede ser consultado en : [www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)

Una vez autorizada la planilla por Auditoría Médica, el titular deberá presentar el ticket original de la farmacia y la copia de la orden médica correspondiente, dentro de los 60 días corridos de la fecha de compra.

Formas de reintegro: cheque, CBU, descuento de cuota.