

Fecha: ___/___/___

DATOS DEL AFILIADO				
Apellido y Nombre				
N° Socio		Edad		Documento
Domicilio				Localidad
C. Postal		Teléfono		Cód.

DIAGNOSTICO (datos a completar por el médico de cabecera)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Diabetes no insulinoquiriente | <input type="checkbox"/> Asma Bronquial | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intestinal Crónica |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Coagulopatias |
| <input type="checkbox"/> Arritmia Crónica | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29) | <input type="checkbox"/> Otras patologías |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea/ otras Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | |

Resumen de Historia Clínica (consignar tiempo de evolución)

Tratamiento (consignar todos los datos)

Droga (Nombre Genérico)/Nombre Comercial	Miligramos	Comprimidos x día	Dictamen de Auditoría
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Apellido y Nombre Profesional			
Domicilio		Localidad	
Teléfono		Horario de Consulta	
Celular			

Firma y sello profesional