



FORMULARIO PARA MEDICACIÓN DE USO CRÓNICO

DECLARACIÓN JURADA. Completar con LETRA DE IMPRENTA.
Deberá adjuntar copia laboratorio y estudios complementarios de control realizados el último año.

Datos a completar del afiliado			
Nombre y Apellido			Edad
N° de Afiliado	DNI	Fecha de Nacimiento	
Domicilio	Localidad		
Teléfono/Celular	Mail:		

Datos a completar por el médico tratante	
Nombre y Apellido	Fecha de Prescripción
Especialidad	Matrícula
Institución	Teléfono

Enfermedad Crónica	Marcar	Especificar Tipos	Año Inicio	Enfermedad Crónica	Marcar	Especificar Tipos	Año Inicio
Neurología				Linfática			
Oftalmológica				Urológica			
Orl				Traumatológica/ Reumática			
Endocrinológica				Dermatológica			
Pulmonar				Alergia			
Ginecológica- Mamaria				Psiquiátrica			
Cardiológica				Hematológicas			
Abdominal				Otras			

Estudios Complementarios de diagnóstico			
	Normal	Patológico	Observaciones
Laboratorio			
Radiografía			
Ecografía			
RMN			
TAC			
Otros			

Resumen de Historia Clínica y evolución durante el último año	
Respuesta al tratamiento:	Estable No Estable
Tolerancia al tratamiento:	Sí No -Cuál?
Efectos adversos	Sí -Cuál? No
Motivo de cambio de esquema	
Evaluación médica de los últimos 6 meses (campo obligatorio):	

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES DENUNCIADAS							
Incluyen Únicamente medicamentos del vademecum de Servicios Sociales del CPCE							
	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL (SUGERIDO)	DOSIS Y FRECUENCIA	ENVASES	DURACIÓN EN MESES		
					2	4	6
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Toda la documentación requerida se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por Servicios Sociales de CPCE

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE