

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICACION

En mi carácter de médico tratante del/la paciente cuyos datos se informan al pie le he explicado el estado de su salud y la naturaleza de su condición. Asimismo le informé en forma clara y precisa el tratamiento medicamentoso a realizar con la droga.....

Se explicó los beneficios que pueda razonablemente esperar en comparación con otros tratamientos alternativos. Fue discutida y analizada la probabilidad de riesgos mayores o complicaciones en relación con la medicación mencionada. Le fue informado que puede existir la posibilidad de una complicación inesperada por lo que jamás se le pueden dar garantías totales o hacer promesas en lo que concierne a los resultados de cualquier tratamiento. Se han contestado todas las inquietudes al paciente / representante legal (*tachar lo que no corresponda*), quien expresa ser consciente de todo lo informado, dando conformidad con su firma al pie, para el tratamiento.

En, a losdías del mes de.....de 20.....

Datos del paciente

Nombre y apellido.....

DNI..... Fecha de nacimiento.....

Firma

Datos del representante legal (para el caso de menores de 18 años, o con incapacidad psíquica y/o física que impida firmar)

Nombre y apellido..... parentesco.....

DNI..... Fecha de nacimiento.....

Firma

Datos del médico tratante

Nombre y apellido..... Matricula Profesional.....

.....

Firma y sello (donde conste especialidad).....

2- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA PARA VIH-SIDA

Obra Social: _____

Código del Paciente: _____ Sexo: F M

Fecha de Diagnóstico: ___ / ___ / ___

Lugar de Residencia: _____

Estado Clínico: A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3

Accidente Laboral: SI NO Embarazo: SI NO

Vacunas aplicadas en los últimos tres meses

Lugar de atención: _____

Notificación Programa Nacional de SIDA: SI NO Número de Expediente

Fundamentos médicos: _____

Fecha:

Firma del médico tratante:

4- DECLARACIÓN JURADA COBERTURA VIH – SIDA

DECLARACIÓN JURADA PARA LA COBERTURA DE VIH - SIDA

Datos del Paciente

Código del Paciente: Sexo: Edad:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Período de cobertura: Desde: / / Hasta: / /

Tratamiento antirretroviral

Medicación	Desde	Hasta
Cambio de Medicación		
Medicación	Desde	Hasta

Recuento Linfocitos CD3/CD4/CD

Fecha

Determinación de Carga Viral

Fecha

Observaciones

La presente declaración, da cuenta de la verificación, por parte de la Obra Social, respecto de la atención brindada al beneficiario

Auditor de la Obra Social

Matrícula: _____

Especialidad: _____

Aclaración de firma: _____

Medicamentos para patologías crónicas prevalentes

Ficha de enrolamiento

Fecha: ____/____/____.

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombres*: _____

Nº de socio*: _____ Plan*: _____ Documento*: _____

E-mail: _____ Tel.: _____

DIAGNÓSTICO (DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO DE CABECERA)*

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Asma bronquial | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enf. Infl. Intestinal crónica |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Coagulopatias |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoridea/ Otras artritis | <input type="checkbox"/> Enf. Psiquiátrica (DSM IV F 29) | <input type="checkbox"/> Otras patologías |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | | |

Completar en letras la cantidad de casilleros marcados: _____

DATOS CLÍNICOS RELEVANTES

TRATAMIENTO (CONSIGNAR TODOS LOS DATOS)*

	Droga (nombre genérico)	Forma	Potencia/ Dosis	Dosis diaria	Duración tratamiento	Reservado para Auditoría de Hominis
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Reservado para HOMINIS

Nº de autorización: _____

Vencimiento: ____ / ____ / ____.

DATOS DEL PROFESIONAL*

Apellido y nombre _____

Domicilio profesional _____

Localidad _____ Teléfono _____

Firma y sello del profesional:

Institución:

Adjuntar formulario y Receta digital especificando DROGA por nombre genérico