

# 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**