

FC - CRONICOS 2020

FECHA:



Centro Médico Pueyrredón

BENEFICIARIO

Plan

Nº

Renovación Anual (La falta de renovación extingue el beneficio)

Res. 310/04 MS Art. 2 Apart. 7.1 Anexo V --- Res. 331/04 SSS. Res. 310/04 MS Art. 5 incorporado a Res. 201/02

Los planes cerrados deben presentar indicación de médico de cartilla únicamente

Apellido - Nombre		Ingreso CMP	DNI	EPIDEMIOLOGIA				
		FECHA		Edad	Sexo	Peso	Talla	Obesidad
								SI 0 NO 0
Domicilio		Teléfono	Localidad					

TODA PRESENTACION ANULA LA ANTERIOR POR LO QUE SE RUEGA SEA COMPLETA

PATOLOGIAS INCLUIDAS EN R310/04

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ARRITMIA
<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA
<input type="checkbox"/> CORONARIA
<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDIACA
<input type="checkbox"/> HIPERTENSION ARTERIAL
<input type="checkbox"/> DISLIPEMIA
<input type="checkbox"/> ANTICOAGULACION
<input type="checkbox"/> DIABETES TIPO I
<input type="checkbox"/> DIABETES TIPO II
<input type="checkbox"/> ASMA
<input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> HIPOTIROIDISMO
<input type="checkbox"/> HIPERTIROIDISMO
<input type="checkbox"/> HIPERURICEMIA
<input type="checkbox"/> GOTA
<input type="checkbox"/> ENF. INFECC. CRON. INTESTINAL
<input type="checkbox"/> PSICOPATOLOGIA (Diga. DSM. IV)
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE PARKINSON
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA
<input type="checkbox"/> GLAUCOMA
<input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATOIDEA |
|--|---|

“PRESENTAR ADJUNTOS ESTUDIOS”

A NOMBRE DEL PACIENTE
QUE CONFIRMEN EL DIAGNOSTICO

Atención

*La R310/04 otorga cobertura de hasta el 70% SOLAMENTE para las drogas presentes en la misma. Por lo cual muchas que son de uso crónico están excluidas de ese beneficio.

* No todos los nombres comerciales incluidos en la R310/04 cuentan con un 70% existiendo variación aún dentro de la misma droga.

MEDICAMENTOS EN IMPRENTA Y POR NOMBRE DE DROGA

Lo ilegible, incompleto o incorrecto, será OMITIDO

CMP

DROGA	Concentracion	Forma	Toma s DIA	Cantidad MES	Fecha Diag.	Ultimo Estudio	DTO	Data	Validado

Como afiliado entiendo plenamente, que toda la medicación es para mi uso exclusivo, que es exacta en todo y fiel reflejo de la realidad de mi tratamiento. Así también entiendo que toda desviación o mal uso de la presente Declaración Jurada. Será pasible de todas las acciones pertinentes administrativas y legales por parte de Centro Medico Pueyrredon.

Firma en consentimiento del Beneficiario.....Aclaración.....

Firma y sello del profesional

DATOS DEL MEDICO

Domicilio profesional
Teléfono
e-mail :

Esta información es de carácter CONFIDENCIAL y es considerada **DECLARACION JURADA** del afiliado y del profesional actuante.

SUC. QUE RECIBE	AUDITADO	PROCESADO	VENCE