



CENTRO MEDICO PUEYRREDON

MEDICINA PREPAGA

BENEFICIARIO
Plan

N°

Formulario sin vencimiento, solo debe presentarse ante algún cambio en la droga, dosificación o cantidad.

 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

Apellido - Nombre
Ingreso CMP
DNI

FECHA

Domicilio
Teléfono
Localidad
Email
EPIDEMIOLOGIA
Edad
Sexo
Peso
Talla
Obesidad

 SI O
 NO O

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

PATOLOGIAS INCLUIDAS EN R310/04

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

Mail _____

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

**SUC. QUE
RECIBE**
AUDITADO
PROCESADO