



CENTRO MEDICO PUEYRREDON

MEDICINA PREPAGA

BENEFICIARIO

Plan

Nº

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ARRITMIA
<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CORONARIA
<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDIACA
<input type="checkbox"/> HIPERTENSION ARTERIAL
<input type="checkbox"/> DISLIPEMIA
<input type="checkbox"/> ANTICOAGULACION
<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 R27/2022 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.

MEDICAMENTOS EN IMPRENTA Y POR NOMBRE DE DROGA
Lo ilegible, incompleto o incorrecto, será OMITIDO

CMP

DROGA	Concentracion	Forma	Tomas 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

--	--	--