



OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERIAS Y AFINES DE LA REP. ARG.

MEDICAMENTOS PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES

DATOS DE IDENTIFICACION:			
Afiliado N°			
Apellido y Nombre		Fecha de Nacimiento	
Domicilio			

LOS SIGUIENTES DATOS DEBERAN SER PROVISTOS POR EL MEDICO TRATANTE

DIAGNOSTICOS				
Hipertensión Arterial	Anticoagulación	Colitis Ulcerosa/Chonn	Enf. de Parkinson	
Enf. Coronaria	Diabetes Mellitus	AR y otras Artritis	Trat. Antipsicótico	
Insuficiencia Cardíaca	Dislipemia	Gota	Asma Bronquial	
Arritmia Crónica	Hipo/hipertiroidismo	Epilepsia	Glaucoma	
Otras:				

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: (para cada enfermedad detallar tiempo de evolución y complicaciones)

PLAN DE TRATAMIENTO: Completar todos los datos consignando el nombre Genérico.

DROGA	MG/COMPRIMIDO	COMPRIMIDO/DIA

IMPORTANTE: Datos del Médico Tratante:

Nombre y Apellido:

Domicilio Profesional:

Institución y Servicio:

Teléfono y horarios para contactarlo:

Fecha:

Firma y Aclaración: