

Afiliado N°:	Fecha de nacimiento:
Apellido y Nombre:	
Domicilio:	
Teléfono:	

• Los siguientes datos serán provistos por el MÉDICO DE CARTILLA tratante | Se ruega completar todos los apartados

1. DIAGNÓSTICOS:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> AR y otras artritis | <input type="checkbox"/> Arritmia crónica |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación | <input type="checkbox"/> Trat. antipsicótico | <input type="checkbox"/> Hipo / hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa / Crohn | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Anticoncepción |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Asma bronquial | |

2. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: (Para cada enfermedad detallar tiempo de evolución y complicaciones)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. PLAN DE TRATAMIENTO: (Completar todos los datos; consignar el NOMBRE GENÉRICO).

DROGA	MG / COMPRIMIDO	COMPRIMIDOS / DÍA

4. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Domicilio profesional:
Institución y Servicio:
Teléfonos y horarios para contactarlo:

