



Formulario de Medicación Crónica

Apellido y Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

DNI: _____ PLAN: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico: _____ Código CIE 10: _____

- | | | | | | | | | |
|--------|--------------------------|--------------------------------|-----|--------------------------|-----------------------|-----|--------------------------|-----------------------------|
| Z30 | <input type="checkbox"/> | Anticoncepción | I25 | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Coronaria | N18 | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia Renal Crónica |
| I49 | <input type="checkbox"/> | Arritmia crónica | G40 | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | I50 | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia Cardíaca |
| M05 | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoidea, otras AR | J44 | <input type="checkbox"/> | EPOC | G37 | <input type="checkbox"/> | Miastenias |
| J45 | <input type="checkbox"/> | Asma Bronquial | G35 | <input type="checkbox"/> | Esclerosis Múltiple | E66 | <input type="checkbox"/> | Obesidad |
| D68 | <input type="checkbox"/> | Coagulopatías | E84 | <input type="checkbox"/> | fibrosis Quística | M12 | <input type="checkbox"/> | Otras Artropatías |
| K52 | <input type="checkbox"/> | Colitis ulcerosa / Crhon | H40 | <input type="checkbox"/> | Glaucoma | J98 | <input type="checkbox"/> | Trastornos Respiratorios |
| E78 | <input type="checkbox"/> | Dislipemias | B17 | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | H57 | <input type="checkbox"/> | Trastornos Oculares |
| N80 | <input type="checkbox"/> | Endometriosis | I10 | <input type="checkbox"/> | Hipertensión Arterial | I69 | <input type="checkbox"/> | Secuelas Cerebro Vasculares |
| G20 | <input type="checkbox"/> | Enf. Extrapiramidal | E05 | <input type="checkbox"/> | Hipertiroidismo | K90 | <input type="checkbox"/> | Síndrome de mala absorción |
| F33/34 | <input type="checkbox"/> | Enf. Psiquiátricas | E03 | <input type="checkbox"/> | Hipotiroidismo | M35 | <input type="checkbox"/> | Trastornos de Densidad Ósea |

	Droga Genérica	Nombre Comercial	Unidad Posología	Dosis diaria	% Cobertura
1					
2					
3					
4					
5					
6					

* IMPORTANT: El presente formulario tiene vigencia por 180 días desde su emisión y firma

_____ FIRMA Y SELLO