ID : 777-04716-15112026

Amsterdam Salud

Formulario de Medicación Crónica

Apellido y Nombre: _____ Fecha: ___/___/___

DNI: _____ PLAN: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico: _____ Código CIE 10: _____

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