



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