

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