

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