

Ficha de autorización de tratamiento

Datos del afiliado

Apellido y nombres: C.U.I.L.:

Número de Afiliado: Tipo: Fecha de nacimiento: / /

Dirección: N°: Piso: Dpto.: Cód. Postal:

Localidad: Caract.: Tel.: Cel.:

Enfermedad Actual

SISTEMA NERVIOSO EPILEPSIA
 PARKINSON
 TRASTORNO BIPOLAR
 PSICOSIS ORGÁNICAS

SISTEMA OFTALMOLÓGICO GLAUCOMA

SISTEMA RESPIRATORIO ASMA BRONQUIAL

SISTEMA CARDIOVASCULAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESPECIAL
 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA
 PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
 ARRITMIAS
 INSUFICIENCIA CARDÍACA

SISTEMA ENDOCRINO DISLIPIDEMIA
 HIPERTIROIDISMO
 HIPOTIROIDISMO

SISTEMA REUMATOLÓGICO GOTA CRÓNICA - ARTRITIS REUMATOIDEA

SISTEMA GASTROENTEROLÓGICO COLITIS ULCEROSA

Fecha de detección de la enfermedad: / / Sexo F M Edad:

Signos y síntomas:

Exámenes complementarios que confirman la enfermedad (adjuntar copia)

Laboratorio: Realizado el: / /

Imágenes: Realizado el: / /

Medicación sugerida

RP	Nombre de la droga / Denominación genérica	Nombre Comercial sugerido	Dosis a aplicar por día	Cant. de días de tratamiento
1	180 días
2	180 días
3	180 días
4	180 días

Si se cambia la medicación, justificar con historia clínica:

Firma y sello del Profesional: Fecha: / /