



OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

BQ MARTIN 1738 (C1271ABB) CABA

RNOS 12110-1

4301-4175

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS RESOLUCION 310/04

DATOS DEL AFILIADO

HOJA
1/1

NOMBRE Y APELLIDO:		DNI:	
NUMERO DE BENEFICIARIO:	EDAD:	Nº HC:	
DOMICILIO:	TELÉFONO:		
LOCALIDAD:	PROVINCIA:		
eMail:	SEXO	M	F

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

TRATAMIENTO ACTUAL (La totalidad de los medicamentos consumidos)

DROGA	MARCA	UNIDAD POSOLOGICA (en MG)	COMPRIMIDOS / DIA	DURACION TRATAMIENTO

MEDICO TRATANTE:

APELLIDO Y NOMBRE:	
TELÉFONO:	INSTITUCION:

DIAGNOSTICOS

<input type="radio"/> Hipertensión arterial: 401	<input type="radio"/> Diabetes Mellitus No insulino dependiente: 250.00	<input type="radio"/> AR y otras artritis: 714	<input type="radio"/> Otro diagnóstico:
<input type="radio"/> Gota: 274	<input type="radio"/> Diabetes Mellitus Insulino dependiente: 250.01	<input type="radio"/> Medicación broncodilatadora: 495	<input type="radio"/> Otro diagnóstico:
<input type="radio"/> Enfermedad coronaria: 411.1	<input type="radio"/> Dislipemia: 272	<input type="radio"/> Glaucoma: 365	<input type="radio"/> Otro diagnóstico:
<input type="radio"/> Insuficiencia cardíaca: 428	<input type="radio"/> Hipo / Hipertiroidismo: 246.8	<input type="radio"/> Enfermedad estrospiramidal: 333.90	<input type="radio"/> Otro diagnóstico:
<input type="radio"/> Arritmia crónica: 427	<input type="radio"/> Colitis Ulcerosa / Crohn: 556.1	<input type="radio"/> Modificación de conducto: 295	<input type="radio"/> Otro diagnóstico:
<input type="radio"/> Anticoagulación: V58.61	<input type="radio"/> Medicación anticonvulsivante: 780.3	<input type="radio"/> Anticoncepción: V25	<input type="radio"/> Otro diagnóstico:

Estimado AFILIADO: Recuerde que junto a la solicitud de MEDICACIÓN crónica debe presentar orden MÉDICA original con pedido de MEDICACIÓN, sellada, FIRMADA y fechada por el profesional tratante, sin excepción. Esta planilla vencerá a los 6 MESES de presentada. El MONTO de cobertura de cada MEDICAMENTO puede ser consultado en: WWW.SSSALUD.COM.AR

FIRMA Y SELLO MÉDICO PRESCRIPTOR	FECHA
----------------------------------	-------