



O.S.P.E.P

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERIAS
RNOS 1-1390-8

RESOLUCION 310 Y ANEXOS – MEDICACION DE PATOLOGIAS CRONICAS

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
N° de Afiliado: _____
Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____

FICHA MÉDICA

Talla	Peso	IMC
Tensión arterial	Glucemia (mg/dl)	Hb Glicosilada
Colesterol Total	HDL	LDL

DIAGNOSTICO (Marcar con una cruz las patologías informadas)

Arritmia	Diabetes Tipo 1	Asma	Anti coagulación
Insuficiencia Coronaria	Diabetes Tipo 2	Epoc	Parkinson
Insuficiencia Cardíaca	Dislipemia	Hipertiroidismo	Epilepsia
Enf. Reumáticas	Hiperuricemia	Hipotiroidismo	Glaucoma
Hipertensión Arterial	Enf. Inf. Crónica Intestinal	Psicopatología (DSM IV) Código	Gota

Indique en números y letras la cantidad de patologías informadas:

Medicamento solicitado	Dosis Diaria	Forma	Cantidad Total

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:

Apellido y Nombre: _____
Matricula: _____ Nacional: N° _____ Provincial: N° _____
C.U.I.T.: _____ Teléfono de contacto: _____

Firma y Sello del Médico Tratante

Firma del Paciente

Lugar y Fecha: _____

Completar con letra y sello legible. Este formulario en blanco puede ser fotocopiado. El titular se responsabiliza por los datos aportados.