



R.N.O.S. 103600

O.S.P.A.C.P. OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES

**PLANILLA PARA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS PATOLOGIAS CRÓNICAS**

FECHA :    /    /

**DATOS PACIENTE**

Apellido y Nombres:

DNI Afiliado:

Fecha Nacimiento:    /    /

**DIAGNÓSTICO:** (marcar con una X a la derecha todas las patologías informadas)

Anticoagulación		Gota	
Arritmia		Hipertensión Arterial	
Asma		Hipertiroidismo	
Dislipemia		Hiperuricemia	
Enfermedad de Parkinson		Hipotiroidismo	
Enfermedad Insuf. Crónica Intestinal		Insuficiencia Cardíaca	
Enfermedades Reumáticas		Insuficiencia Coronaria	
Epilepsia		Psicopatología	
EPOC			
Glaucoma			

**Detalle o Ampliación u Otras:** (El profesional podrá ampliar de creerlo necesario)**MEDICAMENTOS**

Principio activo o Drogas	potencia	forma	dosis diaria	Env /Mes

Medico:

Matricula:

FIRMA Y SELLO