

PROGRAMA MÉDICO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Resolución 310/2004-Ministerio de Salud

Datos personales del paciente

Apellido y nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: N° de afiliado: _____

Diagnóstico (marcar con una X a la izquierda de las patologías informadas)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Arritmia | ☐ Diabetes tipo I | ☐ Asma | ☐ Anticoagulación |
| ☐ Insuficiencia coronaria | ☐ Diabetes tipo II | ☐ EPOC | ☐ Parkinson |
| ☐ Insuficiencia cardíaca | ☐ Dislipemia | ☐ Hipertiroidismo | ☐ Epilepsia |
| ☐ Enfermedades reumáticas | ☐ Hiperuricemia | ☐ Hipotiroisdismo | ☐ Glaucoma |
| ☐ Hipertensión arterial | ☐ Enfermedad inf. crónica intestinal | ☐ Psicopatología (diag DSM IV)
Código _____ | ☐ Gota |
| ☐ Obesidad | | | |

Indicar con números y letras la cantidad de patologías informadas: _____

Datos epidemiológicos (marcar con una X a la izquierda de las opciones informadas)

- | | | | |
|--------------|---|--------------------------------------|---|
| Tabaquismo | ☐ SÍ ☐ NO | Antecedentes familiares cardiopatías | ☐ SÍ ☐ NO |
| Sobrepeso | ☐ SÍ ☐ NO | Antecedentes familiares diabetes | ☐ SÍ ☐ NO |
| Sedentarismo | ☐ SÍ ☐ NO | | |

Datos del médico tratante (solo profesionales de cartilla y de instituciones contratadas)

Apellido y nombre: _____

Matrícula: ☐ MN ☐ MP Número de matrícula: _____ Provincia: _____

Número de prestador de OSDE: _____ Si no es profesional de cartilla, indicar teléfono y, de corresponder, institución: _____

Firma y sello del médico tratante

Firma del paciente

Lugar y fecha de presentación

Instrucciones de uso: completar todos los datos en letra imprenta. El formulario debe estar firmado por el médico tratante y el paciente que realiza la presentación. Utilizar este formulario para indicar más de una patología. Este formulario en blanco puede ser fotocopiado.