



**OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERIAS Y AFINES DE LA REP. ARG.**

**MEDICAMENTOS PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES**

<b>DATOS DE IDENTIFICACION:</b>			
Afiliado N°			
Apellido y Nombre		Fecha de Nacimiento	
Domicilio			

**LOS SIGUIENTES DATOS DEBERAN SER PROVISTOS POR EL MEDICO TRATANTE**

<b>DIAGNOSTICOS</b>				
Hipertensión Arterial	Anticoagulación	Colitis Ulcerosa/Crhonn	Enf. de Parkinson	
Enf. Coronaria	Diabetes Mellitus	AR y otras Artritis	Trat. Antipsicótico	
Insuficiencia Cardíaca	Dislipemia	Gota	Asma Bronquial	
Arritmia Crónica	Hipo/hipertiroidismo	Epilepsia	Glaucoma	
Otras:				

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:** (para cada enfermedad detallar tiempo de evolución y complicaciones)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**PLAN DE TRATAMIENTO:** Completar todos los datos consignando el nombre Genérico.

<b>DROGA</b>	<b>MG/COMPRIMIDO</b>	<b>COMPRIMIDO/DIA</b>

**IMPORTANTE: Datos del Médico Tratante:**

**Nombre y Apellido:**

**Domicilio Profesional:**

**Institución y Servicio:**

**Teléfono y horarios para contactarlo:**

**Fecha:**

**Firma y Aclaración:**