



Autorización Medicamentos ENFERMEDADES CRONICAS

PEDIDO MEDICAMENTOS

El presente formulario reviste carácter de **Declaración Jurada**. Es **válido por el término de un (1) año**, desde la fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco, deberá enviar un nuevo formulario).
Por favor, completar en letra imprenta, todos los datos son obligatorios y su ausencia o ilegibilidad invalida el trámite

DATOS IDENTIFICATORIOS

Nombre y Apellido del Afiliado		Número Afiliado	
Número DNI / DU	Edad	Delegación de Referencia	
Dirección de Correo Electrónico		Teléfono (con código de área)	
Domicilio Calle	Número	Piso	Dpto.
Localidad	Cod. Postal	Provincia	

Historia cronológica de las enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS según Res. SSS N° 331/2004.

Marcar lo que corresponda y consignar la fecha de diagnóstico de la enfermedad

Tratamiento y/o Enfermedad Crónica	SI	NO	Fecha Diagnóstico	Tratamiento y/o Enfermedad Crónica	SI	NO	Fecha Diagnóstico
Anticonceptivos				Hipertensión Arterial Esencial			
Arritmias				Hipertensión Arterial Secundaria			
Artritis Reumatoide / Juvenil				Hipertiroidismo			
Asma Bronquial				Hipotiroidismo			
Cardiopatía Isquémica				Infarto Agudo de Miocardio			
Colitis Ulcerosa				Insuficiencia Cardíaca			
Dermatomiositis				Enfermedad Coronaria			
Diabetes Insulino Dependiente				Insuficiencia Renal Crónica			
Diabetes Labil				Lepra			
Diabetes No Insulino Requirente				Lupus Eritematoso Sistémico			
Dislipemia				Miastenia Gravis			
Efisema Pulmonar Obstructivo Crónico (EPOC)				Parkinson			
Enfermedad de Crohn				Polimialgia Reumática			
Epilepsia				Polimiositis			
Esclerosis Sistémica Progresiva				Psicosis Orgánicas			
Esquizofrenia				Psoriasis			
Factores de Coagulación Sanguínea				Síndrome de Sjögren			
Fibrosis Pulmonar				Terapia Antiagregante			
Glaucoma				Tratamiento Oncológico			
Gota				Tuberculosis			

Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS Nro. 331/2004.

Nombre de la Enfermedad	Fecha Diagnóstico

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS

Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf

DOSIS MENSUAL

Diagnóstico	Nombre Genérico	Forma Farmacéutica	Dosis y Frecuencia

En el caso de ser insuficiente el espacio, por favor complete dos formularios indicando que es continuación del primero.

¿El Afiliado presenta enfermedad DISCAPACITANTE por alguna de las enfermedades de la Res.331/04? SI ☐ NO ☐

¿Cuál?

¿Tiene Certificado de Discapacidad oficial? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, deberá adjuntar una copia del mismo

Fecha

Firma v Sello Médico Tratante