

Autorización Medicamentos PEDIDO MEDICAMENTOS ENFERMEDADES CRONICAS

El presente formulario reviste carácter de **Declaración Jurada**. Es <u>válido por el término de un (1) año,</u> 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**

Localidad Cod. Postal Provincia Historia cronológica de las enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS según Res. SSS Nº 33 Marcar lo que corresponda y consignar la fecha de diagnóstico de la enfermedad Tratamiento y/o Enformedad	·		DATOS IDE	NTIFICATORIOS						
Número DNI / DU Edad Delegación de Referencia Teléfono (con código de área) Dirección de Correo Electrónico Teléfono (con código de área) Número Cod. Postal Provincia Historia cronológica de las enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS según Res. SSS N° 33 Marcar lo que corresponda y consignar la techa de diagnóstico de la enfermedad Crónica Tratamiento y/o Enfermedad Crónica Tratamiento y/o Enfermedad Crónica Tratamiento y/o Enfermedad Crónica Inforto Arterial Esencial Hipertensión Arterial Esencial Hipertensión Arterial Esencial Hipertensión Arterial Esencial Hipertensión Arterial Secundaria Hi	·									
Dirección de Correo Electrónico Teléfono (con código de área) Número Odmicilio Calle Número Odmicilio Calle Número Odmicilio Calle Historia cronológica de las enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS según Res. SSS N° 38 Marcar lo que corresponda y consignar la techa de diagnostico de la entermedad Tratamiento y/o Enfermedad Crónica Obiagnóstico Infarto Agudo de Miccardio Infarto Agudo de Miccardio Infarto Agudo de Miccardio Infarto Agudo de Miccardio Insuficiencia Cardiaca Permetomiositis Insuficiencia Cardiaca Permetomiositis Insuficiencia Cardiaca Permetomiositis Insuficiencia Cardiaca Infarto Agudo de Miccardio Insuficiencia Cardiaca Permetomiositis Insuficiencia Renal Crónica Infarto Agudo de Miccardio Insuficiencia Renal Crónica Insuficiencia Crónica Insuficiencia	ONI / DU	Nombre y Apellido del Afiliado				Número Afiliado				
Ocmicilio Calle Historia cronológica de las enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS según Res. SSS N° 33 Marcar lo que corresponda y consignar la fecha de diagnóstico de la enfermedad Tratamiento y/o Enfermedad Crónica SI NO Fecha Diagnóstico Inticonceptivos Inticonceptivos Intimis Reumatoide / Juvenil SI Hipertensión Arterial Esencial Hipertenc		L	ad Delega	ción de Referencia						
Ocalidad Historia cronológica de las enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS según Res. SSS Nº 33 Marcar lo que corresponda y consignar la fecha de diagnóstico de la enfermedad Tratamiento y/o Enfermedad Crónica SI NO Fecha Diagnóstico Inticonceptivos Intitis Reumatoide / Juvenil Ardiopatia Isquémica Olitis Uicerosa Insuficiencia Cardiaca Enfermedad Coronaria Insuficiencia Cardiaca Insuficiencia Cardiaca Enfermedad Coronaria Insuficiencia Renal Crónica Insuficiencia	de Correo Electrónico		Teléfo	L						
Historia cronológica de las enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS según Res. SSS Nº 33 Marcar lo que corresponda y consignar la fecha de diagnóstico de la enfermedad Tratamiento y/o Enfermedad Crónica SI NO Fecha Diagnóstico Hipertensión Arterial Secundaria Hipertens	Domicilio Calle			Número			o Dpto.			
Historia cronológica de las enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS según Res. SSS Nº 33 Marcar lo que corresponda y consignar la fecha de diagnostico de la enfermedad Tratamiento y/o Enfermedad Crónica SI NO Fecha Diagnóstico Inticonceptivos						1 13	ърто.			
Marcar lo que corresponda y consignar la fecha de diagnóstico de la enfermedad Tratamiento y/o Enfermedad Crónica SI NO Fecha Diagnóstico Inticonceptivos Inticonceptivos Intitias Intitias Reumatoide / Juvenil Intitis Reumatoide / Juvenil Intigertensión Arterial Secundaria Intigerensión Arterial Secundaria Intigerensió						10.004 (000				
Tratamiento y/o Enfermedad Crónica Diagnóstico Inticonceptivos Intituias	Historia cronológica Marcar lo	de las el que corr	i <mark>nfermedades CRO</mark> Tesponda y consigna	DNICAS ADQUIRIDAS segi r la fecha de diagnóstico de la	in Res. SSS N enfermedad	1° 331/200	4.			
Crónica Inticonceptivos Intico			Focho			SI N	IO Fecha			
rritriis Rematoide / Juvenil Hipertiroidismo sma Bronquial Hipotriroidismo sma Bronquial Infarto Agudo de Miocardio insuficiencia Cardiaca lermatomiositis Enfermedad Coronaria liabetes Insulino Dependiente liabetes Insulino Dependiente liabetes No Insulino Requirente liabetes No Insulino Alexando liabetes N	Crónica	3, 1	Diagnóstico			3, 1,	Diagnóstico			
Artritis Reumatoide / Juvenil Isma Bronquial Infarto Agudo de Miocardio Infarto Agudo de Miocardio Infarto Agudo de Miocardio Insuficiencia Cardíaca Infarto Agudo de Miocardio Insuficiencia Cardíaca Infarto Agudo de Miocardio Insuficiencia Cardíaca Infermedad Coronaria Iniabetes Insulino Dependiente Insuficiencia Renal Crónica Insuficiencia Cardíaca Insuficia Cardíaca In	vos				ria					
sma Bronquial ardiopatia Isquémica lolits Ulcerosa ermatomiosítis lebetes Insulino Dependiente labetes Insulino Requirente labetes No Insulino Requirente lisipemia issema Pulmonar Obstructivo Crónico (EPOC) nfermedad de Crohn oliepsia ciclorosis Sistémica Progresiva siquizofrenia scutores de Coagulación Sanguínea brosis Pulmonar laucoma ota Hipotiroidismo Infarto Agudo de Miocardio Insuficiencia Cardíaca Enfermedad Coronaria Insuficiencia Renal Crónica linsuficiencia Cardíaca entermedad Coronaria linsuficiencia Cardíaca lentermedad Coronaria linsuficiencia Cardíaca lentermedado Sistémica Peral Crónica linsuficiencia Cardíaca lentermedado Polimositis linsuficiencia Cardíaca linsuficiencia Cardíaca lentermedado Polimositis linsuficiencia Cardíaca linsuficia (Lepra Linsuficia (Lepra Linsuficia (Lepra Linsuficia) linsuficia (Lepra Linsuficia (Lepra Linsuficia) linsuficia (Lepra Lin	vatoide / luvenil				ria					
Insuficiencia Cardíaca ermatomiositis ermatomiositis ilabetes Isulino Dependiente ilabetes No Insulino Requirente ilaupus Eritematoso Sistémico ilabetes No Insulino Requirente ilaupus Eritematoso Sistémico ilabetes No Insulino Requirente ilaupus Eritematoso Sistémico ilaupus Eritematoso Sistémico ilaupus Eritematoso Sistémico ilaupus Eritematoso ilaupus Er										
ermatomiositis iabetes Insulino Dependiente iabetes No Insulino Requirente islipemia issema Pulmonar Obstructivo Crónico (EPOC) infermedad de Crohn inf										
iabetes Insulino Dependiente iabetes Labil iabetes No Insulino Requirente islipemia isema Pulmonar Obstructivo Crónico (EPOC) ifermedad de Crohn ibilipsia iciderosis Sistémica Progresiva iciderosis Sistémica Progresiva iciderosis Cagulación Sanguínea icitores de Coagulación San										
iabetes Labil iabetes No Insulino Requirente isistema Pulmonar Obstructivo Crónico (EPOC) infermedad de Crohn infermedad de Cr										
isilipemia isipema l'anno Requirente isilipemia isisema Pulmonar Obstructivo Crónico (EPOC) isiema Pulmonar Ipolimialgia Reumática Polimialgia Reumática Polimiositis Psicosis Orgánicas Psoriasis Sindrome de Sjögren Terapia Antiagregante Tratamiento Oncológico Tuberculosis Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS) Nombre de la Enfermedad TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf										
islipemia isiema Pulmonar Obstructivo Crónico (EPOC) infermedad de Crohn ioliepsia isclerosis Sistémica Progresiva squizofrenia actores de Coagulación Sanguínea brosis Pulmonar laucoma ota Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS Nombre de la Enfermedad TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf										
Farkinson Parkinson Parkinson Polimialgia Reumática Polimiositis Sclerosis Sistémica Progresiva Squizofrenia Squizofrenia Sactores de Coagulación Sanguínea Bross Pulmonar Iaucoma Ota Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS) Nombre de la Enfermedad TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf										
poliepsia sclerosis Sistémica Progresiva squizofrenia actores de Coagulación Sanguínea brosis Pulmonar laucoma ota Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS Nombre de la Enfermedad TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf	nonar Obstructivo Crónico (EPOC)									
Psicosis Orgánicas Siguizofrenia Suctores de Coagulación Sanguínea Brotosis Pulmonar Solar	de Crohn									
rquizofrenia procise de Coagulación Sanguínea procise Pesoriasis Sindrome de Sjögren Terapia Antiagregante Tratamiento Oncológico Tuberculosis Pulmonar la procise de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS Nombre de la Enfermedad TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf										
Sindrome de Sjögren Terapia Antiagregante Tratamiento Oncológico Tuberculosis Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS Nombre de la Enfermedad TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf										
Terapia Antiagregante Tratamiento Oncológico Tuberculosis Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS Nombre de la Enfermedad TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf										
Aucoma ota Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS Nombre de la Enfermedad TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf										
Tuberculosis Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS Nombre de la Enfermedad TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf	ioridi									
Nombre de la Enfermedad TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf										
Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de Mutualyf							Diagnóstico			
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					NUNCIADAS		OOSIS MENSUAL			
Diagnostico Nombre Generico Forma Farmaceutica										
	Solo deberá pres		ombre Generico	Forma Fai	maceutica	D	osis y Frecuencia			
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
	Solo deberá pres	N								
n el casa de ser insuficiente el canacio por favor consulata des farmularies influenda que en casa de la la la	Solo deberá pres	N								
n el caso de ser insuficiente el espacio, por favor complete dos formularios indicando que es continuación del primero.	Solo deberá pres Diagnóstico									
El Afiliado presenta enfermedad DISCAPACITANTE por alguna de las enfermedades de la Res.331/04?	Solo deberá pres Diagnóstico de ser insuficiente el espacio, por	or favor co								
¿Cuál?	Solo deberá pres Diagnóstico de ser insuficiente el espacio, por lo presenta enfermedad DIS	or favor co					SI NO			
Fiene Certificado de Discapacidad oficial?	de ser insuficiente el espacio, por lo presenta enfermedad DIS	or favor co					SI NO			
En caso afirmativo, deberá adju	de ser insuficiente el espacio, por lo presenta enfermedad DIS	or favor co					SI NO			
En caso animativo, debeta adju	de ser insuficiente el espacio, por lo presenta enfermedad DIS	or favor co		a de las enfermedades de	la Res.331/0	4?	SI NO			
	de ser insuficiente el espacio, por lo presenta enfermedad DIS	or favor co		a de las enfermedades de	la Res.331/0	4?	SI NO			
	de ser insuficiente el espacio, por lo presenta enfermedad DIS	or favor co		a de las enfermedades de	la Res.331/0	4?	SI NO			