



PROGRAMA DE CRONICIDAD (RESOLUCION 310/04)

DATOS DEL AFILIADO

AFILIADO Nº	
APELLIDO	
NOMBRE	
DNI	
SEXO	
FECHA DE NACIMIENTO	
TELEFONO	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	

INFORMACION MEDICA

PESO			ALTURA	
TENSION ARTERIAL			FRECUENCIA CARDIACA	
UREA			CREATININA	
GLUCEMIA			COLESTEROL TOTAL	
FUMA?	SI / NO		Nº DE CIGARRILLOS	
Nº DE AÑOS QUE FUMA			AÑO EN QUE DEJO DE FUMAR	

DIAGNOSTICO 1	
SIGNOS Y SINTOMAS RELEVANTES 1	
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS 1	
PRINCIPIO ACTIVO 1	
DOSIS DIARIA 1	
MARCA SUGERIDA	
MARCA OPCIONAL	

DIAGNOSTICO 2	
SIGNOS Y SINTOMAS RELEVANTES 2	
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS 2	
PRINCIPIO ACTIVO 2	
DOSIS DIARIA 2	
MARCA SUGERIDA	
MARCA OPCIONAL	

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE	
--	--

BAJA PACIENTE

FECHA	
CAUSAS	
CAMBIO DE OBRA SOCIAL	
OBITO	
OTROS	

AUDITORIA MEDICA CRISOLMED	
FECHA DE INGRESO A CRONICIDAD:/...../.....
VALIDEZ POR: MESES
	OPCIONES DE MARCAS AUTORIZADAS
MEDICACION AUTORIZADA POR AUDITORI	1º
	2º
	3º