



MEDICAMENTOS DE USO CRÓNICO – ALTA Y ACTUALIZACIÓN.

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____
Nro. Beneficiario: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Teléfono Celular: _____ Email: _____

DIAGNÓSTICOS

_____ Año: _____
_____ Año: _____
_____ Año: _____
_____ Año: _____

MEDICACIÓN DE USO CRÓNICO

Monodroga	Mg(etc.)/compr.	Compr./día	Compr./mes
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HISTORIA CLÍNICA - COMORBILIDADES

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre: _____ Matrícula: _____
Teléfono contacto: _____ E-mail: _____

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

IMPORTANTE: los datos consignados en esta planilla constituyen una DECLARACIÓN JURADA.