

Formulario de empadronamiento Programa de Resolución 310/04

Fecha de solicitud: ____/____/____

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____
Nº Asociado: _____ Doc. de identidad tipo y número: _____
E-Mail: _____ Teléfono: _____

DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS (Marcar con una cruz)

Enfermedades Cardiovasculares Hipertensión Arterial Esencial Hipertensión Arterial Secundaria Insuficiencia cardíaca Arritmias Anticoagulados Cardiopatía isquémica	Enfermedades Endócrinas Hipertiroidismo Hipotiroidismo Dislipemia
Enfermedades Respiratorias ASMA Enfisema	Enfermedades Neurológicas Parkinson Epilepsia
Enfermedades Oftalmológicas Glaucoma	Enfermedades Reumáticas Gota Artritis reumatoide seropositiva Artropatía psoriásica
Enfermedades Psiquiátricas Trastorno bipolar	Enfermedades Digestivas Enfermedad de Crohn Colitis ulcerativa

TRATAMIENTO INDICADO

Principio activo	Presentación	Dosis indicada	Nombre comercial

Formulario de empadronamiento Programa de Resolución 310/04

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Nº Asociado: _____ Doc. de identidad tipo y número: _____

CONDICIÓN A LA FECHA DE PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO (Marcar con una cruz)

☐ Con control periódico de patologías☐ Sin control periódico de patologías

EN CASO DE NO ESTAR CONTROLADO INDICAR PLAN TERAPÉUTICO

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y nombre: _____

Profesional de Cam Doctor: SI NO

Matrícula: _____ Especialidad: _____

Teléfono de contacto: _____

E-Mail: _____

El presente formulario reviste calidad de declaración jurada y resulta condición necesaria su actualización anual para la autorización y continuidad de la cobertura del programa.

Firma y sello médico