

Tel.: 0800-345-6763

Web: www.osme.org.ar

Email: info@osme.org.ar



**Formulario de solicitud de Medicamentos destinados a Patologías
Crónicas Res. SSS 310/2004**

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre				Documento	
Nº de Afiliado		Plan		Fecha de Nacimiento	
Posee CUD	SI	NO			
Domicilio				Localidad	
Teléfono			Email		

Diagnóstico (datos a completar por el médico de cabecera)

<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes no insulina requirente	<input type="checkbox"/>	Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>	Hipo / Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	Anticoncepción
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	Anticoagulación	<input type="checkbox"/>	Enf. Extrapiramidal	<input type="checkbox"/>	Colitis Ulcerosa/Crohn
<input type="checkbox"/>	Arritmia crónica	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Enf. Psiquiátrica DSM IV f.29	<input type="checkbox"/>	Otras patologías
<input type="checkbox"/>	Dislipemia	<input type="checkbox"/>	AR y otras artritis	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	

Resumen de Historia Clínica (consignar tiempo de evolución)

Descripción del cuadro que justifica el uso de la/s drogas solicitadas (incluyendo limitaciones al uso de otras drogas)

Tratamiento (consignar todos los datos con letra imprenta mayúscula legible)

	Droga (Nombre Genérico)	Miligramos	Dosis Diaria	Dictamen de auditoría
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Apellido y Nombre Profesional			
Teléfono		Horarios Consulta	

Fecha

Firma y Sello Profesional

La información que se incluye en esta planilla será considerada confidencial por OSME y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes.

El monto de cobertura para cada medicamento puede ser consultado en: www.sssalud.gov.ar