

# Crónicos

—

## Datos del beneficiario:

N° de beneficiario: .....  
Apellido y Nombre: .....  
Fecha de nacimiento: .....  
Domicilio: .....  
Tel:..... Mail: .....

## Diagnósticos:

Los siguientes datos serán provistos por el médico tratante. Se ruega completar todos los apartados y **adjuntar estudios de los últimos 6 meses.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Hipertensión Arterial  | <input type="radio"/> Artritis Reumatoidea       |
| <input type="radio"/> Diabetes               | <input type="radio"/> Epilepsia                  |
| <input type="radio"/> Dislipemia             | <input type="radio"/> Gota                       |
| <input type="radio"/> Enfermedad coronaria   | <input type="radio"/> Colitis ulcerosa/ Crhon    |
| <input type="radio"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="radio"/> Parkinson                  |
| <input type="radio"/> Asma Bronquial         | <input type="radio"/> Glaucoma                   |
| <input type="radio"/> Hipotiroidismo         | <input type="radio"/> Enfermedad psiquiátrica    |
| <input type="radio"/> Epoc                   | Cuál .....                                       |
| <input type="radio"/> Hipertiroidismo        | <input type="radio"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="radio"/> Arritmia Crónica       | <input type="radio"/> Otros                      |
| <input type="radio"/> Insuficiencia renal    |  |

Tratamiento prolongado: ..... (validar a los 90 días).

Tratamiento crónico: ..... (validar c/6 meses).

## Resumen de historia clínica:

(detallar tiempo de evolución y complicaciones para c/enfermedad)

.....  
.....  
.....  
.....

