

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)

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

