

## **EMPADRONAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Según Res.310/2004 SSS

*Su validez se tendrá en cuenta desde la fecha del presente formulario – En caso de modificarse algún fármaco deberá enviar nuevo formulario.*

DECLARACION JURADA. Completar con LETRAS DE IMPRENTA

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

### **DATOS DEL AFILIADO**

- **Apellido y Nombre:** \_\_\_\_\_
- **DNI N°:** \_\_\_\_\_
- **Edad:** \_\_\_\_\_
- **Sexo:** ☐ M ☐ F
- **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- **N° de Afiliado:** \_\_\_\_\_
- **Teléfono:** \_\_\_\_\_
- **E-mail:** \_\_\_\_\_
- **Domicilio:** Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_ Piso \_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_
- **Localidad:** \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas o reclamos. Av. Roque Sáenz Peña 530 (C1035AAN) - Línea gratuita: 0800-222-72583 (SALUD) de Lunes a Viernes de 10:00 a 16:00 hs*

---

### **PATOLOGÍAS CRÓNICAS** (Marcar con una X en las que correspondan)

#### **1. Enfermedades y Factores de Riesgo Cardiovascular**

- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Insuficiencia cardíaca
- ☐ Insuficiencia coronaria
- ☐ Arritmias
- ☐ Anticoagulación / Antiagregación

## **2. Enfermedades Respiratorias**

- ☐ Asma bronquial
- ☐ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- ☐ Fibrosis pulmonar

## **3. Enfermedades Neurológicas**

- ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Epilepsia

## **4. Enfermedades Salud Mental**

- ☐ Espectro de esquizofrenia / trastornos psicóticos
- ☐ Demencia/Alzheimer
- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Depresión mayor

## **5. Enfermedades Autoinmune Crónicas y Reumáticas**

- ☐ Gota
- ☐ Síndrome de Sjögren
- ☐ Artritis reumatoidea
- ☐ Colitis ulcerosa

## **6. Enfermedades Oftalmológicas**

- ☐ Glaucoma

## **7. Enfermedades Endócrinas y Metabólicas**

- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Dislipemias
- ☐ Síndrome metabólico
- ☐ Obesidad
- ☐ Osteoporosis

## **8. Otras.** Sujeto a Auditoria Medica.

---

### Datos Epidemiológicos

- ☐ Tabaquismo – ☐ Sí ☐ No  
☐ Sobrepeso – ☐ Sí ☐ No  
☐ Sedentarismo – ☐ Sí ☐ No  
☐ Antecedentes familiares de cardiopatías – ☐ Sí ☐ No  
☐ Antecedentes familiares de diabetes – ☐ Sí ☐ No

Edad de Diagnóstico de la(s) Patología(s): \_\_\_\_\_

| Monodroga | Potencia/gramaje | Presentación | Dosis diaria | Semanal | Envase mensual |
|-----------|------------------|--------------|--------------|---------|----------------|
|           |                  |              |              |         |                |
|           |                  |              |              |         |                |
|           |                  |              |              |         |                |
|           |                  |              |              |         |                |
|           |                  |              |              |         |                |
|           |                  |              |              |         |                |
|           |                  |              |              |         |                |

Inicio del tratamiento \_\_\_\_\_

### Resumen historia clínica:

---

---

---

---

---

### Datos del Médico Tratante

- **Apellido y Nombre:** \_\_\_\_\_
- **Matrícula:** ☐ MN ☐ MP N°: \_\_\_\_\_
- **Provincia:** \_\_\_\_\_
- **N° de prestador / Institución:** \_\_\_\_\_
- **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico tratante: \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del paciente: \_\_\_\_\_