

• **Datos personales a completar por el paciente:**

Medicard N°:	Fecha:
Apellido y Nombres:	
Teléfono:	Fecha de nacimiento:

• **Estimado profesional: Este formulario debe completarse íntegramente cada 12 meses. Por favor, completar con letra legible y sin omisiones.**

1. DIAGNÓSTICOS:

- | | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Hipo / hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Asma bronquial | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Tratamiento antipsicótico |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | |

2. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: (Para cada enfermedad detallar tiempo de evolución y complicaciones)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. PLAN DE TRATAMIENTO: (Completar todos los datos; consignar el NOMBRE GENÉRICO).

DROGA	MG / COMPRIMIDO	COMPRIMIDOS / DÍA

DATOS DEL PROFESIONAL

Teléfonos y horarios para contactarlo:
Mail de contacto: