MEDICUS

# MEDICAMENTOS PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES

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

| | |
|---|---|
| Medicard Nº: | Fecha: |
| Apellido y Nombres: | |
| Teléfono: | Fecha de nacimiento: |

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

**1. DIAGNÓSTICOS:**

- ☐ Anticoagulación
- ☐ Arritmia crónica
- ☐ Asma bronquial
- ☐ Dislipemia
- ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Enfermedad coronaria
- ☐ Epilepsia
- ☐ Glaucoma
- ☐ Gota
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Hipo / hipertiroidismo
- ☐ Insuficiencia cardíaca
- ☐ Tratamiento antipsicótico
- ☐ Otros:

**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: |

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL