

Apellido y Nombre:

Nº Afiliado:

Fecha Nacimiento:

Edad:

Domicilio:.....

Lugar de Trabajo:

Lugar de Atención:.....

DIAGNOSTICO (Marcar con una x la patología/s informada/s)**a) Enfermedades cardiovasculares y tratamientos de prevención 1º y 2º**

Hipertensión Arterial

Terapias Antiagregantes

Insuficiencia Cardíaca

Prevención Primaria de la cardiopatía Isquémica

Arritmias

b) Enfermedades Respiratorias

Asma Bronquial

Fibrosis Pulmonares

c) Enfermedades Neurológicas

Enfermedad de Parkinson

Epilepsia

Miastemia Gravis

d) Enfermedades Psiquiátricas

Transtorno Bipolar

Psicosis Orgánicas

e) Enfermedades Inflamatorias Crónicas y Enfermedades Reumáticas

Gota Crónica

Artritis Reumatoideas

f) Enfermedades Oftalmológicas

Glaucoma

g) Enfermedades Endócrinas

Hipertiroidismo

Dislipidemias

Hipotiroidismo

Diabetes

h) Tratamientos Quimioterápicos**i) Enfermedades Infectocontagiosas**

TBC

j) Insuficiencia Renal Crónica**k) Otros**

Observaciones:.....

.....

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre:.....

Matricula Nacional:

Matricula Provincial:.....

Telefono:.....

.....

Firma y sello del médico tratante

.....

Firma del paciente