OSDIPP | Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Privada del Petróleo

PROGRAMA MÉDICO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
(Resolución 310 y Anexos)

⌦ Datos Personales del Paciente:

Plan: **Cobertura Farmacia:** **%**

Afiliado N°: **Fecha de Nacimiento:**

Apellido y Nombre:

Peso: **Talla:** **IMC:** **Sexo** M ☐ F ☐

⌦ Diagnóstico: (marcar con un X la /s patología /s informada /s)

☐ Arritmia Cardiaca (I49.9)	☐ Diabetes Tipo I (E10)	☐ Asma bronquial (J45)	☐ Parkinson (G20)
☐ Insuficiencia Coronaria (I25)	☐ Diabetes Tipo II(E11)	☐ Bronq. Crónica (J42)	☐ Epilepsia (G40)
☐ Insuficiencia Cardiaca (I50)	☐ Dislipemia (E78)	☐ Enfisema (J43)	☐ Glaucoma (H40)
☐ Hipertensión Arterial (I10)	☐ Colitis ulcerosa (K51)	☐ Hipertiroidismo (E05)	☐ Lepra (A30)
☐ Artritis Reumatoidea (M05)	☐ Enf. De Crohn (K50)	☐ Hipotiroidismo (E03)	☐ Tuberculosis (A15)
☐ Gota (M10)	☐ Anticoncepción (Z30)	☐ Trast. Psiquiátricos(DSMIV)	☐

Descripción: _____

_____

Cumple con el tratamiento?:	Si ☐	No ☐	En forma Irregular ☐

⌦ Datos Epidemiológicos (marcar con un X la /s opción /es informada /s)

	SI	NO		SI	NO
• Tabaquismo	☐	☐	• Antecedentes familiares Cardiopatías	☐	☐
• Sobrepeso	☐	☐	• Antecedentes familiares Hipertensión	☐	☐
• Sedentarismo	☐	☐	• Antecedentes familiares Diabetes	☐	☐
• Stress	☐	☐	• Antecedentes familiares A. C. V.	☐	☐

⌦ Datos del Médico Tratante:

Matrícula Profesional: MN: _____ MP: _____ Provincia: _____

Prestador OSDIPP SI ☐ NO ☐ Nro. Prestador _____ Especialidad: _____

Si no es prestador de OSDIPP, indicar: TE: _____ e-mail _____

_____ Firma y Sello del Médico Tratante

_____ Firma del Paciente

Lugar: _____ Fecha: _____

- Completar todos los datos con letra clara – Debe estar firmado en original por el médico tratante y el paciente que realiza la presentación.
- El formulario en blanco puede ser fotocopiado.

San Martín 439 – 3° Piso – C1004AAI – Ciudad de Buenos Aires
Tel: 5129-3900
tratamientoprolongado@osdipp.com.ar