

FICHA FARMACOLÓGICA PARA DISCAPACIDAD MOTORA

INGRESO _____ REINGRESO _____

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre: _____ *Edad:

Fecha de Nacimiento: __/__/____/ *Documento N°: Sexo: M F

Domicilio/Localidad: _____ Afiliado OSEP N°:

Email: _____ Teléfono: _____

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Diagnóstico:

Fecha de Emisión: __/__/____/ Fecha de Vencimiento: __/__/____/

Peso: Talla: Edad:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO (SUJERO A VADEMECUM OSEP)

DROGA	DOSIS	MG/DÍA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Médico Especialista: _____ Matrícula: _____ Firma y Sello: _____

Lugar: _____

Fecha: __/__/____/

Firma y aclaración del afiliado



EL FORMULARIO QUE DEBE SER COMPLETADO 1 VEZ AL AÑO - REEMPLAZA A LA HISTORIA CLÍNICA. DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD