

F.109

(v-2.2)

| |
|--|
| DIRECCION DE LA OBRA SOCIAL DEL |
| ESTADO PROVINCIAL |
| CHACABUCO ESQ AYACUCHO - SAN LUIS TEL: y FAX 02652 439804 www.dosep.sanluis.gov.ar planesespeciales@dosep.sanluis.gov.a |
| PROGRAMA PARA PATOLOGIAS CRONICAS |
| ENFERMEDAD CELIACA |

AREA PLANES
 ESPECIALES
 USO INTERNO

| | |
|---------|--|
| H.C. N° | |
| OBS | |



TRAMITE SUJETO A AUDITORIA MEDICA

REQUISITOS PRIMERA VEZ:

- ORIGINAL FORMULARIO F.109 (v2.2)
- FOTOCOPIA DE CARNET , AMBAS CARAS
- FOTOCOPIA DNI, 1ª y 2ª hoja, y domicilio
- FOTOCOPIA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNOSTICO

REQUISITOS RENOVACION:

- ORIGINAL FORMULARIO F.109 (v2.2)
- CONSTANCIA PLAN A RENOVAR (ORIGINAL)
- FOTOCOPIAS DE CARNET , AMBAS CARAS
- FOTOCOPIAS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE CONTROL OBLIGATORIO PARA RENOVAR (SOLO ANALISIS DE LABORATORIO)

IMPORTANTE

EL FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETO (AMBAS CARAS) Y SER LEGIBLE

| | | | |
|---------------------------------------|---------|------------------|--|
| AFILIADO APELLIDO Y NOMBRES | | | |
| DNI. | EDAD: | FECHA NACIM: / / | |
| DOMICILIO | BARRIO: | | |
| LOCALIDAD | TEL: | | |

| | | |
|---------------|-------|------|
| MEDICO | M.P.: | TEL: |
| ESPECIALIDAD | | |
| E-MAIL : | | |

HISTORIA CLINICA

Síntomas presentados antes de llegar al diagnóstico (marcar con una X)

| INFANCIA | | ADOLESCENCIA | | ADULTO | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Vómitos | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | Diarrea | <input type="checkbox"/> |
| Diarrea | <input type="checkbox"/> | Dolor abdominal Diarrea | <input type="checkbox"/> | Irritabilidad | <input type="checkbox"/> |
| Náuseas | <input type="checkbox"/> | Estreñimiento | <input type="checkbox"/> | Cambios en el comportamiento | <input type="checkbox"/> |
| Anorexia | <input type="checkbox"/> | Meteorismo | <input type="checkbox"/> | Disminución del apetito | <input type="checkbox"/> |
| Astenia | <input type="checkbox"/> | Estomatitis | <input type="checkbox"/> | Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> |
| Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> | Corta estatura | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> |
| Pelo frágil | <input type="checkbox"/> | Dermatitis | <input type="checkbox"/> | Dermatitis herpetiforme | <input type="checkbox"/> |
| Hipotrofia muscular | <input type="checkbox"/> | Cefaleas | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> |
| Retraso del crecimiento | <input type="checkbox"/> | Retraso Puberal | <input type="checkbox"/> | Fracturas | <input type="checkbox"/> |
| Irritabilidad | <input type="checkbox"/> | Menarca tardía | <input type="checkbox"/> | Estreñimiento | <input type="checkbox"/> |
| Introversión | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Abortos | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Infertilidad | <input type="checkbox"/> |
| Formación de hematomas | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Convulsiones | <input type="checkbox"/> |
| Defectos esmalte dental | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Migraña | <input type="checkbox"/> |
| Corta estatura | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Ataxia | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Miocardopatías | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

PLANES ESPECIALES PRESCRIPCION

PACIENTE: _____ 

PATOLOGIAS ASOCIADAS:

FAMILIARES CELIACOS:

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS REALIZADOS (DETALLAR):

DE LABORATORIO: SI NO VALOR DE ANTITRANSGLUTAMINAS: _____

ENDOSCOPIA:

BIOPSIA: Si No

OBSERVACIONES:

FECHA: _____

FIRMA Y SELLO MEDICO PRESCRIPTOR

**IMPORTANTE: MEDIANTE ESTE FORMULARIO SE TRAMITA COBERTURA ESPECIAL
SERA RECHAZADO SI NO ESTA COMPLETO (ambas caras) O NO ES LEGIBLE.**

RESERVADO AUDITORIA MEDICA

FECHA: _____

FIRMA AUDIT: _____