

F.101 (v.2.2)

Área Planes Especiales
Uso Interno

H.C.N°

OBS

TRÁMITE SUJETO A AUDITORÍA MÉDICA

REQUISITOS PRIMERA VEZ:

- ORIGINAL FORMULARIO F.101 (v2.2)
- FOTOCOPIA DE CARNET, AMBAS CARAS
- FOTOCOPIA DNI, 1° y 2° hoja y domicilio
- FOTOCOPIA ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNÓSTICO
- PRESENTAR CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Y/O CONSTANCIA INCUCAI

REQUISITOS RENOVACIÓN:

- ORIGINAL FORMULARIO F.101 (v2.2)
- CONSTANCIA PLAN RENOVAR (ORIGINAL)
- FOTOCOPIA DE CARNET, AMBAS CARAS
- FOTOCOPIA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE CONTROL OBLIGATORIOS PARA RENOVAR
- PRESENTAR CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Y/O CONSTANCIA INCUCAI

EL FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETO EN AMBAS CARAS Y SER LEGIBLE

Nombre y Apellido			
D.N.I.	Edad	Fecha Nacimiento / /	
Domicilio			Barrio
Localidad			Teléfono
Médico	M.P.	Teléfono	
Especialidad			
E-mail			

HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (Motivo del plan a tramitar):			
OTROS DIAGNÓSTICOS (COMORBILIDADES)			
2)	3)	4)	
SOBRE HÁBITOS DE INTERES (IMPACTAN EN LA ENFERMEDAD ACTUAL)			
TABAQUISMO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIETA SALUDABLE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SOBRE EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD PRINCIPAL: (historia - evolución)

EXAMEN CLÍNICO ACTUAL:

Peso:

Kg.

Talla:

Mts.

IMC:

Perim.ABD:

Cms.

TA:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DESTACABLES (Actualizados) Deberán adjuntarse COPIAS RESPALDATORIAS

TRATAMIENTOS PREVIOS DESTACABLES

.....

.....

IMPORTANTE: MEDIANTE ESTE FORMULARIO SE TRAMITA COBERTURA ESPECIAL SERÁ RECHAZADO SI NO ESTÁ COMPLETO (ambas caras), O NO ES LEGIBLE

PRESCRIPCIÓN (rp/)					
SOLO DEBERÁN PRESCRIBIRSE MONODROGAS O ASOCIACIONES INCLUIDAS EN EL VADEMECUM DE D.O.S.E.P.					
FÁRMACO	POTENCIA en mg / UI / etc.	FORMA FARMACEÚTICA	POSOLOGÍA Dosis e Intervalos	TIEMPO DE TRATAMIENTO	
				Frecuencia de Control Médico	Périodo Máximo de Tratamiento
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					

Fecha: / /

Firma y Sello Médico Prescriptor

RESERVADO AUDITORÍA MÉDICA

OBSERVACIONES		
<input type="checkbox"/> RENOVIACIÓN SIN CAMBIOS	<input type="checkbox"/> CAMBIOS ANTICIPADOS	<input type="checkbox"/> RENOVIACIÓN CON CAMBIOS

AUTORIZACIONES					
DROGA	POTENCIA (concentración)	FORMA FARMACEÚTICA	FRECUENCIA DE ENTREGA	% DE COBERTURA	PLAZO
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					

Fecha: / /

Firma Auditor