

F.110

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

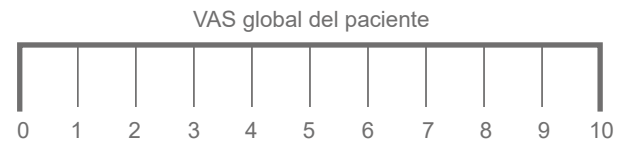
EL FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETO EN AMBAS CARAS Y SER LEGIBLE

Nombre y Apellido			
D.N.I.		Fecha Nacimiento / /	
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA			
Fecha Inicio de la Enfermedad / /		Peso kg.	Talla cms.
Evolución, antecedentes de patologías asociadas (cardiovasculares, neoplásicas, infecciosas, etc.)			
TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS			
Droga	Dosis	Tiempo	Resultados
Laboratorio específico actual: serología reumática y reactantes de fase aguda			
Factor R	u/ml	VSG	mm, 1er hora
PCR	mg/1	Otros (detallar)	
Estudios radiológicos: (Anexar Rx de articulaciones afectadas) Detalle de lesiones observadas atribuibles a la AR			
Fármacos Solicitados			
Fármaco	Concentración	Posología	Tiempo de Tratamiento

IMPORTANTE: LOS DATOS DEBEN ESTAR COMPLETOS Y CON LETRA CLARA Y LEGIBLE, LO CUAL AGILIZARÁ EL TRÁMITE, EVITANDO DEMORAS.

Articulaciones	Izquierdo		Derecho	
	Dolorosas	Inflamadas	Dolorosas	Inflamadas
Hombros				
Codos				
Muñecas				
MCF 1				
MCF 2				
MCF 3				
MCF 4				
MCF 5				
IFP 1				
IFP 2				
IFP 3				
IFP 4				
IFP 5				
Rodillas				
Subtotal				

TOTAL	Dolorosas		DAS 28	<input type="text"/>
	Inflamadas			



HAQ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----	----------------------	----------------------

Teléfono	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>

Fecha: / /

Firma y Sello del Especialista

RESERVADO AUDITORÍA MÉDICA

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

Fecha: / /

Firma Auditor