

## DATOS DEL AFILIADO/A

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APELLIDO : \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_ AFILIADO/A N° \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## BREVE RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

## DATOS DEL PRESCRIPTOR

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO ACTUAL (con la totalidad de los medicamentos consumidos)

DROGA	MARCA	DOSIS DIARIA (en mg)	COMPRIMIDOS POR DÍA	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

## DIAGNÓSTICO/S

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial  | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus No Insulinodependiente | <input type="checkbox"/> AR y otras artritis           |
| <input type="checkbox"/> Gota                   | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Insulinodependiente    | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatadora   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria   | <input type="checkbox"/> Dislipemia                               | <input type="checkbox"/> Glaucoma                      |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipo / Hipertiroidismo                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad extrapiramidal     |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica       | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa / Crohn                 | <input type="checkbox"/> Modificaciones de la conducta |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación        | <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivante             | <input type="checkbox"/> Anticoncepción                |

Otro diagnóstico: \_\_\_\_\_ Otro diagnóstico: \_\_\_\_\_ Otro diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
FECHA DE RECEPCIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA CONFORMIDAD  
DEL AFILIADO/A

Servicio de Obra Social de la Universidad Nacional del Comahue - Av. Argentina 1273, Neuquén capital. - info@sosunc.org.ar



## CONSTANCIA DE PRESENTACIÓN:

AFILIADO/A : \_\_\_\_\_ N° AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_  
RECIBIÓ: \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

