

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)	COMPRESOS POR DÍA	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

DIAGNÓSTICO/S

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Hipo / Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> AR y otras artritis |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatadora |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa / Crohn | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivante | <input type="checkbox"/> Enfermedad extrapiramidal |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica | <input type="checkbox"/> Anticoagulación | <input type="checkbox"/> Modificaciones de la conducta |

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. - quejasysugerencias@sosunc.net.ar

CONSTANCIA DE PRESENTACIÓN:

AFILIADO/A : _____ N° AFILIACIÓN: _____
RECIBIÓ: _____ LUGAR Y FECHA: _____, ____/____/20____