

FECHA ____/____/____

DATOS DEL AFILIADO/A

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

DIAGNÓSTICO/S

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Hipertensión arterial | ☐ Hipo / Hipertiroidismo | ☐ AR y otras artritis |
| ☐ Gota | ☐ Dislipemia | ☐ Medicación broncodilatadora |
| ☐ Enfermedad coronaria | ☐ Colitis Ulcerosa / Crohn | ☐ Glaucoma |
| ☐ Insuficiencia cardíaca | ☐ Medicación anticonvulsivante | ☐ Enfermedad extrapiramidal |
| ☐ Arritmia crónica | ☐ Anticoagulación | ☐ 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. - www.sosunc.org.ar



CONSTANCIA DE PRESENTACIÓN:



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