FICHA DE ENROLAMIENTO

Medicamentos para patologías *crónicas prevalentes*

Care Salud

Fecha: ____ / ____ / _____

01 DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombres *

N.° de socio * | DNI *

E-mail | Teléfono

02 DIAGNÓSTICO *A completar por el médico de cabecera* *

Cardiovasculares y metabólicas

- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Enfermedad coronaria
- ☐ Insuficiencia cardíaca
- ☐ Arritmia crónica
- ☐ Dislipemia

Endocrinas y reumatológicas

- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Gota
- ☐ Artritis reumatoidea / otras artritis

Respiratorias y neurológicas

- ☐ Asma bronquial
- ☐ EPOC
- ☐ Epilepsia
- ☐ Enfermedad de Parkinson

Otras

- ☐ Glaucoma
- ☐ Enf. inflamatoria intestinal crónica
- ☐ Coagulopatías
- ☐ Enf. psiquiátrica (DSM-5) [1]
- ☐ Otras patologías [2]

[1] Especificar diagnóstico psiquiátrico (DSM-5):

[2] Especificar otras patologías:

Cantidad de casilleros marcados (en letras): *

03 TRATAMIENTO *Consignar todos los datos* *

¿Es un cambio de dosis? Sí ☐ No ☐

¿Es modificación, agregado o suspensión de una droga? Sí ☐ No ☐

#	Droga (nombre genérico)	Forma farmacéutica	Concentración	Dosis diaria	Duración del tratamiento
1					
2					
3					
4					
5					
6					

04 DATOS DEL PROFESIONAL *

Apellido y nombres *

Matrícula (M.N. / M.P.) * | Especialidad

Domicilio profesional

Localidad | Teléfono

Institución

Firma y sello del profesional *

USO EXCLUSIVO DE CARE SALUD

N.° de autorización: _____ Vencimiento: ____ / ____ / _____

Vas a recibir por mail un voucher *con la confirmación de cobertura y su vigencia.*

* Campos obligatorios