# PROTOCOLO DE MEDICACIÓN DISCAPACIDAD

Fecha: ___/___/_____

## Datos personales

Apellido y Nombre: _____

Mail: _____ Tel.: _____ Cel.: _____

DNI: _____ Edad: _____ Género: _____

## Diagnóstico

Fecha de diagnóstico: ___/___/_____ Fecha Inicio de CUD: ___/___/_____

Diagnóstico según CIE 10: _____ Fecha Vencim. de CUD: ___/___/_____

| Código | Descripción |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

## Tratamiento indicado

| Monodroga | Dosis diaria | Dosis semanal | Dosis mensual |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# PROTOCOLO DE MEDICACIÓN DISCAPACIDAD

## Resumen de Historia Clínica

Peso: _____ Kg. Talla: _____ Mt. Fecha: ___/___/___

## Indicar evolución de la patología

## Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____ Matrícula nacional: N° _____

Mail: _____ Matrícula provincial: N° _____

Tel.: _____ Cel.: _____ Firma y Sello: _____

# INSTRUCTIVO DE MEDICACIÓN POR DISCAPACIDAD

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

## INICIO

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda.**

  La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**
- El pedido debe gestionarse de manera mensual con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico.
- Copia certificado de discapacidad vigente
- Consentimiento informado.

## CONTINUIDAD

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda.**

  La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

## CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Prescripción médica de la medicación en original/copia y duplicado en caso de que corresponda. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.
- El pedido debe gestionarse de manera mensual con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Justificativo médico informando los motivos del cambio de esquema de tratamiento y/o aumento de dosis.
- Consentimiento informado

## DOCUMENTACIÓN ANUAL

- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Copia de estudios actualizados.
- Consentimiento informado.

**Importante: Le recordamos que deberá actualizar la presentación del CUD, una vez vencida la vigencia del mismo.**

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.**
**Trámite sujeto a Auditoría Médica.**

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ___/___/_____

**Nombre completo del paciente o Sigla**

**Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)**

DNI

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día ___ de _____ de_____, en la Ciudad de _____, Provincia de _____.

| Firma del Médico Responsable | Aclaración | Tipo y N° de Matrícula |
|---|---|---|
| Firma del Paciente o Representante Legal | Aclaración / Sigla | D.N.I. |