

Formulario de ingreso al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

_ / _ / _

RNOS 11270-7

O.S.P.M. Obra Social del Personal Mosaísta

Nº CUIL

 -

Fecha Ingreso al Programa

Nº DE ORDEN:

FILIAL:

Apellido Nombre D.N.I.

Fecha de Nacimiento / / Sexo Teléfono

Domicilio

Calle Nombre:

Calle Nro Localidad Provincia

Piso: C.P.

Dpto.:

Cuando Corresponda

Peso Altura Tensión arterial Urea mg./dl.

Nunca Fumó N° Cigarrillos Frecuencia cardiaca Creatinina mg./dl.

Fumador N° Años Glucemia mg./dl.

Ex Fumador Año en que dejó Colesterol total mg./dl.

Diagnostico 1 Signos y síntomas relevantes

Estudios complementarios

Diagnostico 2 Signos y síntomas relevantes

Estudios complementarios

	CANTIDAD POR TOMA	TOMAS POR DIA	DIAS POR SEMANA
Tratamiento Indicado: Rp1 : (Indicar Monodroga			
Form. Terapéutico Rp2 : Res. 310/2004)			

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

Baja del paciente

Causa: Fecha / /

Abandono Cambio O. Social
 Óbito Otro



Firma y Sello del médico

CONSENTIMIENTO para recibir MEDICAMENTOS indicados por PRINCIPIO ACTIVO

Por medio de la presente manifiesto mi expreso consentimiento a los fines de que la Obra Social me brinde cobertura de medicamentos entregándome los fármacos identificados por su nombre genérico o principio activo, sin considerar el nombre comercial o marca del producto, en tanto se respeten la dosis y presentación del fármaco indicado por el profesional tratante, tal como lo determina la resolución 310/04 MS:

Fecha:

Firma del beneficiario

Firma del responsable de la Obra Social