



El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.
La Autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

Ministerio de Salud
Argentina

A completar por la persona interesada

Apellido y nombre	Gston elele		
Tipo y n° doc.	DNI 36720734	Fecha de nac.	1995-03-09
Domicilio constituido	rivadaria 58		
Localidad	buenos aires - caba		
Teléfono particular (opcional)	4444444	Teléfono celular	1555555555
Correo electrónico	q@q.com		
Obra social	oscde		

(Completar en caso de paciente menor de edad o persona no autónoma)

Apellido y nombre _____ Tipo y n° doc. _____ Fecha de nac. _____
Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Vínculo con la persona que requiere la inscripción _____
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico _____
Obra social _____
¿Desea integrar el REGISTRO DE FAMILIARES? ☐ Si ☐ No

A completar por el/la profesional

Apellido y nombre José Oscar Montamat Tipo y n° doc. DNI 8.007.039
Matrícula profesional MN 54955 Especialidad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular 3825607580
Correo electrónico (opcional) E.MONTAMAT@GMAIL.COM
Resumen de Historia Clínica 37 años, monotributista. Refiere dolor de muñecas. Dolor de cuello. Dolor de rodilla derecha. Acidez estomacal. Ansiedad e insomnio. Bruxismo ocasionalmente. Vaporiza cannabis o usa aceite medicinal de CBD no homologado diariamente con buena respuesta de alivio sintomático. No considero necesario interconsulta con psiquiatría.

Antecedentes Personales

- 1) ¿El/la paciente refiere durante la entrevista, arritmias o angor en actividad? ☒ No ☐ Si
- 2) ¿El/la paciente refiere durante la entrevista, antecedentes de algún padecimiento en salud mental? ¿Se encuentra actualmente en tratamiento? ☒ No ☐ Si

En caso de Si, especificar _____

- 3) ¿El/la paciente refiere antecedentes de alergia a algún componente de la planta? ☒ No ☐ Sí
- 4) ¿El/la paciente refiere embarazo en curso o lactancia? ☒ No ☐ Sí
- 5) ¿El/la refiere manejar maquinarias de alta precisión? ☒ No ☐ Sí

Diagnóstico Artralgia de muñecas bilateral. Artralgia de rodilla derecha. Cervicalgia. Gastritis. Ansiedad y trastorno del sueño. Bruxismo. Diagnóstico prioritario: Cervicalgia. Artralgia de muñecas bilateral.

Justificación del cambio de esquema, tratamiento y producto indicado
aceite medicinal homologado de cannabis CBD 90% 2 gotas, sublingual, durante la noche. Aconsejo actividad física de bajo impacto. Se justifica pase a aceite medicinal homologado para protección de la vía aérea y tratamiento del dolor y contracturas.

JOSÉ MONTAMAT
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
M.N. 54955 M.P. 3700

Firma y Aclaración del/la Profesional

Sello

Firma y Aclaración de quien requiere la inscripción, y/o madre/padre, tutor/a o encargado/a

La Rioja 26/09/24

Lugar y Fecha

Lugar y Fecha