

# PROGRAMA MÉDICO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Resolución 310/2004-Ministerio de Salud

## Datos personales del paciente

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:   N° de afiliado: \_\_\_\_\_

## Diagnóstico (marcar con una X a la izquierda de las patologías informadas)

- |  |   |   |                                    |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arritmia                | <input type="checkbox"/> Dislipemia                         | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                              | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia coronaria | <input type="checkbox"/> Hiperuricemia                      | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                               | <input type="checkbox"/> Glaucoma  |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca  | <input type="checkbox"/> Enfermedad inf. crónica intestinal | <input type="checkbox"/> Psicopatología (diag DSM IV)<br>Código _____ | <input type="checkbox"/> Gota      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades reumáticas |   |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial   | <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Anticoagulación                              |                                    |
| <input type="checkbox"/> Obesidad                | <input type="checkbox"/> EPOC                               | <input type="checkbox"/> Parkinson                                    |                                    |

Indicar con números y letras la cantidad de patologías informadas: \_\_\_\_\_

## Datos epidemiológicos (marcar con una X a la izquierda de las opciones informadas)

- |              |   |                                      |   |
|--------------|---|--------------------------------------|---|
| Tabaquismo   | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Antecedentes familiares cardiopatías | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Sobrepeso    | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Antecedentes familiares diabetes     | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Sedentarismo | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                                      |   |

## Datos del médico tratante (solo profesionales de cartilla y de instituciones contratadas)

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Matrícula: ☐ MN ☐ MP Número de matrícula: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Número de prestador de OSDE: \_\_\_\_\_ Si no es profesional de cartilla, indicar teléfono y, de corresponder, institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de presentación

Instrucciones de uso: completar todos los datos en letra imprenta. El formulario debe estar firmado por el médico tratante y el paciente que realiza la presentación. Utilizar este formulario para indicar más de una patología. Este formulario en blanco puede ser fotocopiado.