

# Solicitud de tratamiento.

## Paciente con Patologías Crónicas

Para ser completado por el profesional actuante

Nombre y Apellido:	
Nº Afiliado:	Tel.:
E-mail:	

### Enfermedades Cardiovasculares y tratamiento de Prevención primaria o secundaria:

- ☐ Hipertensión Arterial Esencial (I10) ☐ Hipertensión Arterial Secundaria (I15) ☐ Enfermedad Coronaria (I20.9)  
☐ Cardiopatía Isquémica (I25) ☐ Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I50.0) ☐ Insuficiencia Cardíaca (I50)  
☐ Infarto Agudo de Miocardio (I21) ☐ Arritmias Cardíacas (I49) ☐ Fibrilación y Aleteo Auricular (I48)  
☐ Tratamiento Antiagregante (287.X2) ☐ Prevención Primaria de la C. Isquémica (272.X)  
☐ Prevención Secundaria de la C. Isquémica (E78.X) ☐ Dislipemia (E78) ☐ Tratamiento Anticoagulante.(287X1)

### Enfermedades Respiratoria:

- ☐ Asma Bronquial (J45) ☐ Fibrosis Pulmonar (J84.1) ☐ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (J41-J42 y J44)

### Enfermedades Psiquiátricas:

- ☐ Esquizofrenia (F20) ☐ Psicosis Orgánicas(F29) ☐ Trastorno Bipolar (F31) ☐ Trastorno Depresivo Recurrente (F33)  
☐ Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1) ☐ Trastorno Obsesivo Compulsivo (F42)

### Enfermedades Inflamatorias Crónicas y Enfermedades Reumáticas:

- ☐ Artritis Reumatoidea (M05) ☐ Lupus Eritematoso Sistémico (M32) ☐ Esclerosis Sistémica Progresiva (M34.0)  
☐ Gota Crónica (M10) ☐ Artritis Reumatoidea Juvenil (M08.0) ☐ Polimiositis (M33.2) ☐ Dermatopolimiositis (M33)  
☐ Síndrome de Sjögren (M35.0) ☐ Polimialgia Reumática (M35.3) ☐ Colitis Ulcerosa (K51) ☐ Enfermedad de Crohn (K50)

### Enfermedades Endocrinas y Metabólicas:

- ☐ Hipertiroidismo (E05) ☐ Hipotiroidismo Congénito (E00.9) ☐ Bocio Difuso o Endémico (E01.9) ☐ Hipotiroidismo (E03)  
☐ Tiroiditis (E06) ☐ Insuficiencia Suprarrenal o Enfermedad de Addison (E27.1)

### Trastornos Papuloescamosos:

- ☐ Psoriasis (L40)

### Enfermedades Neurológicas:

- ☐ Enfermedad de Parkinson (G20)

### Enfermedades Oftalmológicas:

- ☐ Glaucoma (H40)

Resumen de Historia Clínica:


### PARA SER COMPLETADO POR IPROSS

Delegación:	Fecha: / /
Firma y sello del personal responsable:	