

MEDICACIÓN PARA ENFERMEDADES CRONICAS

Sr. afiliado, su médico de cabecera, de cartilla u hospital público deberá completar el presente formulario con un breve resumen de historia clínica en forma semestral a menos que sufra modificaciones durante el tratamiento, en dicho caso deberá actualizar el formulario y lo requerido con el mismo nuevamente .

La entrega de la totalidad de la documentación se debe enviar al mail:

medicacion @adoscomodoro.org.ar

Documentación que debe presentar:

- Formulario completo y consentimiento informado, firmado por el afiliado titular, el afiliado con tratamiento y el médico tratante.
- Estudios realizados para el diagnóstico de la enfermedad.
- Resumen de Historia Clínica completo, actualizado y con letra legible firmado y sellado por el médico especialista, en la que contenga los siguientes datos:

Datos del Beneficiario (Nombre, apellido o codificación si correspondiere, número de documento, edad, sexo).

Diagnóstico. - Antecedentes de la enfermedad, estado actual detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades

- Detalle del tratamiento indicado (completo)
- Fundamentación médica del uso de la medicación específica de la cual se solicita cobertura, con detalle de dosis diaria y mensual requerida.
- Tiempo de tratamiento previsto, en caso de que los tratamientos convencionales no hayan alcanzado el efecto deseado o hayan fallado, también describirlo.
- Copia de CUD si lo tuviere tramitado y vigente.
- Copia de DNI frente y dorso.
- Copia de Ultimo Recibo de Sueldo o Ultimos tres comprobantes de Pago de Monotributo.

Para la provisión mensual de la medicación, debe remitir último recibo de sueldo o últimos tres comprobantes de Pago de Monotributo y la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación.

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

Fecha...../...../.....

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: Edad:..... Sexo:.....
 Tipo y Nº Documento:.....Dirección:
 Cel.:Localidad:Pcia.:
 Mail:.....

B) DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Medico solicitante:MN:
 Institución:
 Diagnóstico:
 Genérico:.....Presentación:.....
 Dosis diaria: Dosis semanal:..... Dosis mensual:
 Peso:..... Altura:.....
 Tiempo estimado de tratamiento:

**Firma y sello
 Medico solicitante**

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre:..... D.N.I.:.....
 Domicilio en:
 Localidad:
 Parentesco: Cel:.....

AUTORIZO EXPRESAMENTE POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO

FIRMA:

ACLARACION:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente (nombre/s y apellido/s)..... de..... años de edad, con domicilio
.....DNI y Nº de afiliado.....

DECLARO:

Que el Dr. MN..... especialista en.....
....., me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con la
medicación (indicar nombre genérico) para la patología (consignar
diagnóstico) Verbalmente me fue informado sobre los
posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o
secundarios , las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si se interrumpe (toma/aplicación) la medicación recomendada y la posibilidad de que la dosis del medicamento pueda
requerir ser ajustada en el tiempo.

El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para
reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me
facilita una copia.

En a losdías del mes dede 20.....

Firma:

(Paciente/Representante legal)

Sello:

Firma:

(Médico) Aclaración:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.

EVOLUCION

[illegible]

Firma (Médico):

Aclaración:.....