



**FORMULARIO DE MEDICACIÓN DESTINADA A ENFERMEDADES CRÓNICAS**  
 Válido por el termino de un año, según fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco debe enviarse un nuevo formulario.

DATOS A SER COMPLETADOS POR EL AFILIADO A MGN SALUD			
Nombre y Apellido		Edad	
N° de Afiliado		Plan	
Domicilio		DNI	
Localidad		Código Postal	
Teléfono fijo o celular			
Email			

DIAGNOSTICO (Datos a ser completados por el profesional medico)							
<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes Insulino dependiente	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/>	Diabetes No Insulino dependiente	<input type="checkbox"/>	Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	Enf. Inflamatoria
<input type="checkbox"/>	Arritmia crónica	<input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	Enf. De Parkinson	<input type="checkbox"/>	Coagulopatía
<input type="checkbox"/>	Dislipemia	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Enf. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Otras Patologías crónicas
Detalle de otras patologías:							



## FORMULARIO DE MEDICACIÓN DESTINADA A ENFERMEDADES CRÓNICAS

"Válido por el término de un año, según fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco deberá enviar nuevo formulario."

DATOS A SER COMPLETADOS POR EL AFILIADO (completar todos los casilleros)			
Nombre y Apellido		Edad	años
Nº de Afiliado			
Domicilio		Localidad	
Código Postal		Provincia	
Teléfono fijo y celular (del paciente o familiar)			
E-mail (del paciente o familiar)			

DIAGNÓSTICO (datos que deben ser completados por el Médico; tildar casillero que corresponda)							
<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes Insulino Dep.	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/>	Diabetes no Insulino Dep.	<input type="checkbox"/>	Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	Enf. Inflamatoria
<input type="checkbox"/>	Arritmia Crónica	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	Enf. de Parkinson	<input type="checkbox"/>	Coagulopatía
<input type="checkbox"/>	Dislipemia	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Enf. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Otras Patologías Crónicas

Aclarar Otras Patologías Crónicas:

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (llenar por el Médico tratante; aclarar tiempo de evolución de patología)

TRATAMIENTO VÁLIDO POR UN MES (consignar todos los datos)			
Droga (Nombre Genérico) // Posibles Nombres Comerciales	Forma Farmacéutica mg.	Dosis por día	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Informar Teléfono de Consultorio y horario. Teléfono: \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Fecha: / / 20

Firma y Sello del Profesional

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país, consultas o reclamos.  
Av. Roque Sáenz Peña (C1035AAN) Tel.: (011) 4344-2800 - Línea gratuita: 0800-222-72583 (SALUD) de Lunes a Viernes de 10:00 a 17:00 hs.

Magna Salud  
Bolívar 547 Piso 1 Dto 1 Capital Federal  
Te: 0810-222-62462

www.mgnsalud.com.ar  
autorizaciones@mgnsalud.com.ar