amffa Salud

DECLARACIÓN JURADA DE MEDICAMENTOS CRÓNICOS

DATOS FILIATORIOS

Nombre y Apellido:..... N° de socio:...../...../..... Edad:.....
Sexo: ☐ F ☐ M DNI:.....Domicilio:.....
Teléfonos:.....

DIAGNÓSTICO (ESTE MÓDULO DEBE SER INFORMADO POR EL MÉDICO TRATANTE)

- ☐ Anticoagulación
- ☐ Ar y otras artritis
- ☐ Arritmia crónica
- ☐ Asma bronquial
- ☐ Colitis ulcerosa
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Dislipemia
- ☐ Enfermedad coronaria
- ☐ Epilepsia
- ☐ Glaucoma
- ☐ Gota
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Hipo/hipertiroidismo
- ☐ Insuficiencia cardíaca
- ☐ Parkinson
- ☐ Tratamiento antipsicótico

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Para cada enfermedad detallar tiempo de evolución y complejidad.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DROGA	PATOLOGÍA	MG/DÍA	COMP/DÍA	OBSERVACIONES

MÉDICO TRATANTE

Domicilio Profesional:.....
Instituto y Servicios:.....
Teléfonos:.....Horarios de contacto:.....
E-mail:.....

Firma y Sello del Médico Tratante | Firma y Aclaración del Paciente | Fecha

COMPLE TAR TODOS LOS DATOS CON LETRA IMPRENTA Y PRESENTAR EN LA MUTUAL.
PARA AGILIZAR EL TRÁMITE PUEDE ENVIARLO CON ANTEL ACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO A: **medicamentos@amffa.com.ar**

/AMFFAsalud amffa salud www.amffasalud.com.ar

Tel.: + 54 9 221 512 9200 | Medicamentos Especiales +54 9 221 5129212 | Afiliaciones: + 54 9 221 512 9200

Diagonal 75 entre 61 y 17 N° 350 CP 1900 - La Plata - Buenos Aires - Argentina