RECETA FORMULARIO
PROGRAMA DE CRONICIDAD

Obra Social del Personal Marítimo

Garantía Médica

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO y NOMBRE: _____

NRO. AFILIADO: _____ DNI: _____

TELEFONO/ CEL: _____ E-MAIL: _____

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE

APELLIDO y NOMBRE: _____

MATRÍCULA TIPO / NRO: _____ ESPECIALIDAD _____

MEDICACIÓN - TRATAMIENTO INDICADO

FÁRMACO	Potencia mg / UL / etc.	FORMA FARMACÉUTICA compr / Iny/gts / etc.	POSOLOGIA Dosis-Intervalo	MARCA SUGERIDA

Ejemplo de llenado de formulario Medicamento	FÁRMACO	Potencia	FORMA FARMACÉUTICA	POSOLOGIA	MARCA SUGERIDA
	Timolol	5%	gotas	1 c/ojo c/12hs	BBB
	hidroclorotiazida+amilorida	50/5 mg	comprimidos	1/2 x dia	BBB

DIAGNÓSTICO / PATOLOGÍA

☐ Hipertensión Arterial	☐ Hipotiroidismo	☐ Asma Bronquial	☐ Artritis Rematoidea	☐ Enf. de Parkinson
☐ Enfermedad Coronaria	☐ Hipertiroidismo	☐ EPOC	☐ LES	☐ Esquizofrenia
☐ Insuficiencia Cardíaca	☐ Prev. Prim. Cardiop.Isq.	☐ Dislipemia	☐ Colitis Ulcerosa	☐ Trastorno Bipolar
☐ Prev. Sec. Cardiop.Isq.	☐ Coagulopatias	☐ Glaucoma	☐ Epilepsia	☐ Psicosis
☐ Arritmia Cardíaca	☐ Gota	☐ Anticoncepción	☐ Depresión Mayor	

OTRAS PATOLOGIAS / OBSERVACIONES

_____

_____

_____

...../...../.....
FECHA DE PRESCRIPCIÓN

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Los cambios de tinta y/o letra del presente formulario deberán ser salvados por el médico de prescriptor.