

FORMULARIO EMPADRONAMIENTO

PARA PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES

El presente formulario esta diseñado para que el médico tratante registre la patología crónica prevalente y la prescripción de medicamentos correspondientes a la misma, a fin de que el paciente pueda acceder a la cobertura según Res. 310 y modificaciones.

Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a repcion@farmanexus.com.ar / Por Whatsapp 1132981473

Para evacuar cualquier consulta comuníquese al **011 50313700 / 0810-345-3276** . En horario de **8 a 19 hs** los días hábiles.

Señor profesional: Ponemos a su disposición nuestra página web, (www.farmanexus.com.ar) donde podrá encontrar los protocolos en uso, e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN

OBRA SOCIAL (SIGLAS)

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO NOMBRE SEXO F M
 DOC. TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO
 N° AFILIADO TELÉFONO
 CALLE N° PISO DPTO. COD. POSTAL
 BARRIO LOCALIDAD PROV.
 E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO NOMBRE
 MATRÍCULA ESPECIALIDAD
 INSTITUCIÓN
 CALLE N° PISO DPTO. COD. POSTAL
 TELÉFONO TEL. CELULAR
 E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y GENERALES

EDAD AÑOS TALLA CM. PESO CM. PRESION ARTERIAL HABITUAL MÍNIMA MÁXIMA MM./HG
 TABAQUISMO ACTIVO SI NO

AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PRINCIPAL

RECIENTE COMIENZO MENOS DE 5 AÑOS 6 A 10 AÑOS
 11 A 20 AÑOS MÁS DE 20 AÑOS

