

1. Información del beneficiario

Afiliado N°: Fecha:/...../.....
 Apellido y Nombre: Sexo: F M
 Numero de documento: Fecha de Nacimiento:/...../.....
 Dirección: Localidad: Provincia:
 C.P.: Teléfono: Email:

2. Profesional responsable del tratamiento

Apellido y Nombre: Dirección:
 Especialidad: M.P.: M.E.: Email:

3. Empadronamiento

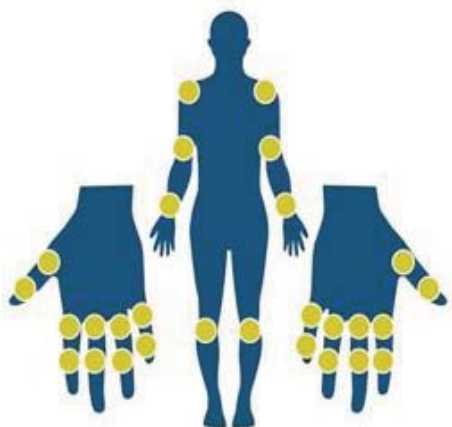
Inicio Cambio

4. Datos complementarios

Peso: Talla: BMI: Sup.Corporal: Status Performance:

5. Exámen físico y clínico del paciente

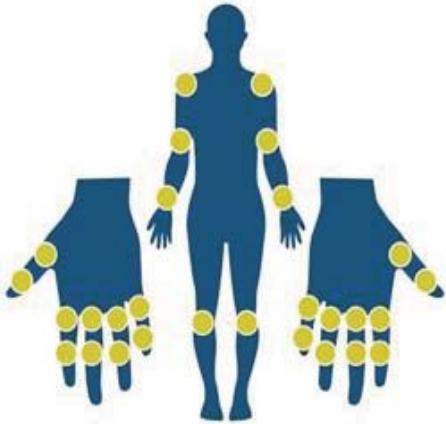
Articulaciones Doloridas



Número de articulaciones doloridas	
Número de articulaciones inflamadas	
Valoración global del médico de la enfermedad	
Muy bien	Muy mal
0	10
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
Escala visual análoga del dolor	
Muy bien	Muy mal
0	10
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

Articulaciones Inflamadas



Factor R (U/ml)

PCR (mg/l)

VSG mm (1 hora)

DAS 28:

HAQ:

6. Diagnóstico por imágenes

Radiografías (marcar positivo o negativo)

Fecha de realización:/...../.....

Manos	Pinzamiento articular	Erosiones.	Subluxaciones
Pies	Pinzamiento articular	Erosiones.	Subluxaciones

7. Tratamiento previo

Tratamiento previo con DMARD no biológico

Droga	Dosis	Tiempo de tratamiento
.....
.....

Tratamiento previo con DMARD biológico o DMARD sintético (en caso de cambio de biológico consignar ambas drogas)

Droga	Dosis	Tiempo de tratamiento
.....
.....

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

8. Tratamiento indicado y/o plan terapéutico

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	DOSIS DÍA	DIAS DE TRATAMIENTO

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente. La documentación que respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoria de la APROSS.

Firma y aclaración del paciente

Firma y sello del médico tratante
(Incluir matrícula de especialista en caso de corresponder)

ADJUNTAR AL FORMULARIO:
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO
FOTOCOPIA DE CARNET
FOTOCOPIA DE INFORME DE ESTUDIOS QUE DEMUESTREN
LA PATOLOGÍA QUE PADECE EL/LA AFILIADO/A.
LOS DATOS SON OBLIGATORIOS Y SU AUSENCIA IMPIDE
EL TRAMITE DE EMPADRONAMIENTO

ESTA SOLICITUD DE COBERTURA SERÁ PROCESADA
SIN EXCEPCIÓN, CUANDO SE CUMPLIMENTEN TODOS
LOS REQUISITOS MÉDICOS Y AFILIATORIOS SOLICITADOS.