

Fecha: / /

1. Información del beneficiario

Afiliado N°:
Apellido y nombre: Fecha de nacimiento: / /
DNI:
Dirección: Provincia: Localidad:.....
CP: Teléfono: Correo electrónico:

2. Información del profesional a cargo del tratamiento

Apellido y nombre: Especialidad:
M.P: M.E:
Dirección: Provincia: Localidad:.....
CP: Teléfono: Correo electrónico:

3. Tipo de empadronamiento (Seleccione lo que corresponda)

Inicio Cambio

- Cardiovasculares - HTA Neurológicas Crónicas Fibrosis quística Glaucoma
 Diabetes Trastornos psiquiatricos Trasplantados Pulmonares crónicas
 Terapia del dolor Hemofilia Trastornos inmunológicos Oncología - Hematología
 Endocrinológicas - Hormona del crecimiento Enfermedad de Parkinson Otros (especificar):

4. Datos complementarios

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

5. Diagnóstico

Estadio:
Anatomía Patológica
Inmunohistoquímica
Breve resumen de la historia clínica

6. Informes y/o estudios complementarios al diagnóstico adjuntos

Seleccione lo que corresponda - Tenga en cuenta que deberá adjuntar la/s copia/s del/los informes que seleccionó

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Por la clínica | <input type="checkbox"/> PEC - TC |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio de baja complejidad | <input type="checkbox"/> CA |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio de alta complejidad | <input type="checkbox"/> PSA |
| <input type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> a-fetoproteína |
| <input type="checkbox"/> Tomografía A.C | <input type="checkbox"/> CA 19-9 |
| <input type="checkbox"/> Resonancia Nuclear Mag. | <input type="checkbox"/> CA 125 |
| <input type="checkbox"/> Espirometría | <input type="checkbox"/> FRG |
| <input type="checkbox"/> Densitometría | <input type="checkbox"/> Centellograma óseo |
| <input type="checkbox"/> Otro: | |

7. Tratamiento indicado y/o plan terapéutico

Principio activo	Presentación	Dosis M2	Dosis DIA	Días de tratamiento	nº de ciclos (oncología)

Adjuntar al formulario:

- Resumen de historia clínica completo
- Fotocopia de la credencial
- Fotocopia de informe de estudios asociados

El formulario debe estar completo, firmado y sellado por un medico prestador de Apress

- Esta solicitud será procesada sin excepción cuando se cumplimenten **todos** los requisitos médicos y afiliatorios solicitados.
- El empadronamiento debe **renovarse** de manera anual o cada vez que cambie el medicamento o su dosis.

Firma y sello del medico

Firma y aclaración del afiliado

El presente formulario reviste el carácter de DECLARACIÓN JURADA y es fiel reflejo de la situación de salud actual del paciente