

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. Tipo

Espondilitis Anquilosante <input type="checkbox"/>	Artritis Reactiva <input type="checkbox"/>
Artritis Psoriásica <input type="checkbox"/>	Uveitis <input type="checkbox"/>
Colitis Ulcerosa/Crohn <input type="checkbox"/>	

Compromiso Axial

Radiográfico SI NO
 No Radiográfico SI NO
 Test de Schôber modificado=
 Distancia Occipucio - Pared=

Compromiso Periférico

Recuento Articular DAS28=
 Entesitis SI NO
 Dactilitis SI NO

HLA B27

Positivo Negativo

Cuestionarios autoadministrados BADAI, BASFI. (Adjuntar laboratorio e imágenes disponibles)

Laboratorio de seguridad: hematológico, función renal, función hepática, serología viral hepática, HIV, Chagas, PPD (Adjuntar laboratorio e imágenes disponibles)

Rx tórax frente y perfil (Adjuntar laboratorio e imágenes disponibles)

6. Tratamiento previo

Droga Dosis Tiempo de tratamiento

.....

.....

7. Tratamiento indicado y/o plan terapéutico

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	DOSIS DÍA	DÍAS 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 auditoría 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.**