

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

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. Fecha de diagnóstico de la enfermedad: ...../...../.....

Manifestación/es clínica/s por la que se solicita la medicación: .....
.....
.....
.....

Descripción/es de la manifestación/es clínica por las que se solicita la medicación:

CLÍNICA: .....
.....
.....
.....
.....

### 6. Laboratorio Pertinente

ANA  Anti DNA  Anti Ro  Anti La  Anti Sm  Anti RNP   
 C3  C4  Otro

Hb (g/dl)  Plaquetas (/µl)  Leucocitos (/µl)  Linfocitos (µl)   
 Creatinina mg/dl  Proteinuria 24 hs (mg)

Orina	Proteinuria
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación prot./creat. en orina   
 Otro

Biopsia renal: .....

.....

.....

Otros métodos complementarios pertinentes: .....

.....

.....

.....

### 7. Tratamiento previo

Tiempo en tratamiento: ..... Droga: ..... Dosis: .....

.....

.....

## 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 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.**