

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. EmpadronamientoInicio 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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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.**