

# FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

FECHA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año

## Información del beneficiario

Afiliado N°:		
Apellido y Nombre:		Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Número de documento:	CUIL / CUIT:	Fecha de Nac.: / /
Dirección:	Provincia:	Localidad:
CP:	Teléfono:	Email:

## Profesional responsable del tratamiento

Apellido y nombre:		
Dirección:		
Teléfono:	Institución:	Localidad:
Especialidad:	M.P:	M.E:
Email:		

## Empadronamiento

Inicio <input type="radio"/>	Cambio <input type="radio"/>
TIPO DE EMPADRONAMIENTO (Selecítone lo que corresponda)	
<input type="radio"/> Cardiovasculares - HTA	<input type="radio"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Fibrosis Quística
<input type="radio"/> Terapia del Dolor	<input type="radio"/> Trasplantados
<input type="radio"/> Endocrinológicas-Hormona de Crecimiento	<input type="radio"/> Trastornos Inmunológicos
<input type="radio"/> Neurológicas Crónicas	<input type="radio"/> Oncología-Hematología
<input type="radio"/> Transtornos Psiquiátricos	<input type="radio"/> Glaucoma
<input type="radio"/> Hemofilia	<input type="radio"/> Pulmonares Crónicas

## Datos complementarios

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

## Diagnóstico

Estadio:	
Anatomía Patológica:	
Inmunohistoquímica:	
Breve Resumen de Historia Clínica:	
.....	
.....	
.....	
.....	

# FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

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

## Tratamiento indicado y plan terapéutico

Principio Activo	Presentación	Dosis M2 (oncología)	Dosis día (crónicos)	Días de Tratamiento	Número de Ciclos (oncología)

### Adjuntar al formulario:

- Resumen de historia clínica completo
- Todos los estudios que avalen su patología.

El formulario debe estar completo, firmado y sellado por un médico prestador tratante.

- Esta solicitud será procesada sin excepción cuando se cumplieren **todos** los requisitos o cada vez que cambie el medicamento o su dosis.

- El empadronamiento debe **renovarse** de manera anual o cada vez que cambie el medicamento o dosis.

.....  
Firma y Aclaración del Paciente

.....  
Firma y sello del Médico prestador de la Apross  
(Incluir matrícula de especialista en caso de corresponder)

