

Formulario de empadronamiento artritis reumatoidea

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

1. Información del beneficiario

Afiliado N°:		Fecha: / /	
Apellido y Nombre:		Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
Número 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

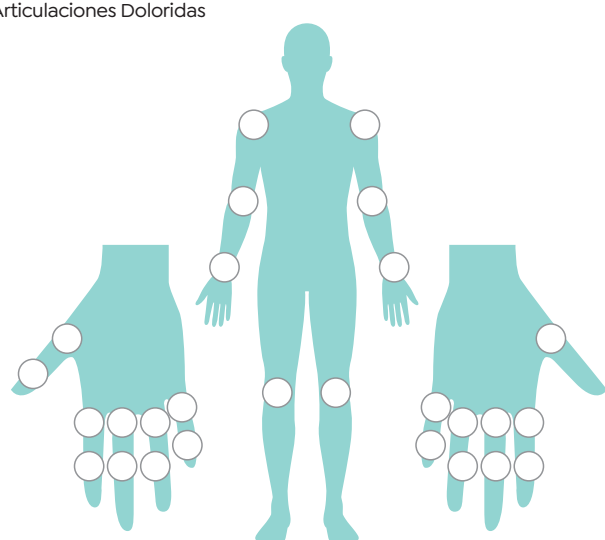
Inicio <input type="radio"/>	Cambio <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------

4. Datos complementarios

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

5. Exámen físico y clínico del paciente

Articulaciones Doloridas



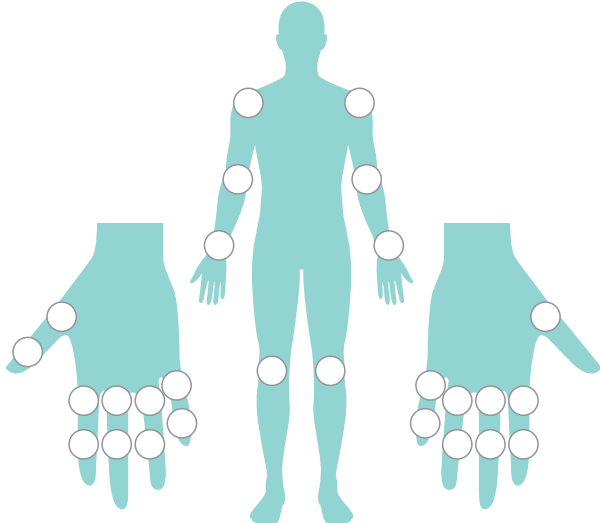
Número de articulaciones doloridas	
Número de articulaciones inflamadas	
Valoración global del médico de la enfermedad	
Muy bien	Muy mal
0	10

Escala visual análoga del dolor	
Muy bien	Muy mal
0	10

Formulario de empadronamiento artritis reumatoidea

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

Articulaciones Inflamadas



Factor R (U/ml)
PCR (mg/l)
VSG mm (1 hora)
DAS 28:
HAQ:

6. Diagnóstico por imágenes

Radiografías (marcar positivo o negativo)	Fecha de realización: / /
Manos Pinzamiento articular Erosiones Subluxaciones	
Pies Pinzamiento articular Erosiones Subluxaciones	

7. Tratamiento previo

Tratamiento previo con DMARD no biológico

Droga:	Dosis:	Tiempo en tratamiento:
---	---	---

Tratamiento previo con DMARD biológico o DMARD sintético (en caso de cambio de biológico consignar ambas drogas)

Droga:	Dosis:	Tiempo en tratamiento:
---	---	---

Formulario de empadronamiento artritis reumatoidea

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

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 auditoria 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.**