

Formulario de empadronamiento espondiloartritis

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

FECHA

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

1. Información del beneficiario

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

Espondilitis Anquilosante	<input type="radio"/>	
Artritis Psoriásica	<input type="radio"/>	
Colitis Ulcerosa/Crohn	<input type="radio"/>	
Artritis Reactiva	<input type="radio"/>	
Uveitis	<input type="radio"/>	
Compromiso Axial		
Radiográfico	SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
No Radiográfico	SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
Test de Schöber modificado=	Dactilitis	SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Distancia Occipucio - Pared=		
Compromiso Axial		
Positivo <input type="radio"/>	Negativo <input type="radio"/>	

Cuestionarios autoadministrados BADA1, 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)

Formulario de empadronamiento espondiloartritis

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

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 TRÁMITE DE
EMPADRONAMIENTO**

**ESTA SOLICITUD DE COBERTURA SERÁ
PROCESADA SIN EXCEPCIÓN, CUANDO
SE CUMPLIMENTEN TODOS LOS REQUISITOS
MÉDICOS Y AFILIATORIOS SOLICITADOS.**