

Formulario de empadronamiento osteoporosis

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. Fracturas vertebrales

Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Cuál:	Fecha: / /
.....	Fecha: / /
.....	Fecha: / /
.....	Fecha: / /
.....	Fecha: / /
.....	Fecha: / /
.....	Fecha: / /
.....	Fecha: / /

6. Laboratorio

Calcio:	Fósforo:	Creatinina:
Calcio/Creatinina Urinario:		B crosslaps:
Fosfatasa alcalina:		

7. DMO (Actual y previos / Si es menor de 50 años indicar el Z Score)

Z Score Columna lumbar:	
T Score Cadera total derecha:	Izquierda:
Cuello femoral derecho:	Izquierda:
Radio 33% (si no puede medir columna o cadera):	Ingesta de corticoides crónico: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Formulario de empadronamiento osteoporosis

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

8. Osteoporosis Secundaria (Tratamientos previos)

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

Efectos Secundarios:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Estudios que se le realizó:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Antecedentes Patológicos (ejemplo: Hipotiroidismo, Enfermedades sistémicas autoinmunes que requieran corticoide, enfermedad renal, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Formulario de empadronamiento osteoporosis

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

10. 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.**