

Apellido y Nombre

Nro. de Afiliado

Edad

Tel. Particular

Domicilio

Email

Tel. Móvil

Diagnósticos:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> | Anticoagulación | <input type="checkbox"/> | Medicación anticonvulsivante | <input type="checkbox"/> |
| Gota | <input type="checkbox"/> | Dislipemia | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoidea | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> | Hipo/hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> | Asma o EPOC | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> | Enfermedad inflamatoria intestinal | <input type="checkbox"/> | Glaucoma | <input type="checkbox"/> |
| Arritmia Crónica | <input type="checkbox"/> | Enfermedad extrapiramidal | <input type="checkbox"/> | Modificadores de conducta | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Renal Crónica | <input type="checkbox"/> | Tabaquismo | <input type="checkbox"/> | | |

| Medicación Actual (Principio activo) | Dosis | Frecuencia | Fecha de inicio de tratamiento actual |
|--|-------|------------|---------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Aclaraciones importantes:

* Para el Profesional: Deberá completar todos los medicamentos que toma el/la paciente y solo completar las patologías en las que el/la profesional realiza el seguimiento.

* Aquellos pacientes con Certificado único de discapacidad (CUD) sólo deberán presentar resumen si la patología crónica no se relaciona con su CUD.

Se excluyen de esta normativa los medicamentos incluidos en el Nomenclador vigente del Fondo Compensador de sus modificatorias y complementarias.

Breve resumen de historia clínica

Descripción del cuadro (incluyendo que tratamientos ha recibido, limitaciones al uso de otras drogas, y qué justifica la elección de la/s drogas/s solicitada/s)

Último estudio / Exámen físico que acredite la enfermedad. Puede adjuntar al envío de la presente planilla

Objetivo terapéutico actual para la patología crónica que trata con Ud.

Siguiente turno / Periodicidad de las consultas de la patología crónica que trata con Ud.

Datos del médico/a prescriptor/a

Nombre y Apellido

Especialidad

Matrícula

Teléfono

Institución

Firma y sello del médico/a

Fecha: / /

Procedimiento

1. Entregar a tu médico/a el formulario adjunto para que lo complete de puño y letra, lo firme y selle.
2. Escanear el documento y enviar a través del email info@obsba.org.ar
3. Recibirás un mail de notificación sobre el estado del pedido.

Nota:

Te recordamos que la autorización de los medicamentos correspondientes tiene una validez de un año, pasado este lapso deberás presentar nuevamente el formulario para realizar una nueva habilitación. Pasado este período la autorización será por dos años.

Para cualquier información adicional, podrás consultar la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud: www.sssalud.gob.ar.

Cabe destacar que para la dispensación de los medicamentos, en la red de farmacias habilitadas, debe presentar la receta correspondiente.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.