

Datos del Asociado

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido y Nombres		Edad	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Número de Asociado	Número de Historia Clínica		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio Particular	Teléfono Particular	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio Laboral	Teléfono Laboral	E-mail Laboral	

Breve Resumen de la historia clínica

Descripción del cuadro que justifica el uso de la/s droga/s solicitada/s (incluyendo limitaciones al uso de otras drogas)

Tratamiento actual (la totalidad de los medicamentos consumidos)

Principio activo	Marca comercial	Unidad posológica (en mg)	Comprimidos (por día)	Tiempo prescriptivo (en meses)	Observaciones

Datos del Profesional Prescriptor

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellido y Nombres	Teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Institución	Fecha de la Consulta	Firma y Sello del Médico

Diagnósticos

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial: 401 | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus No Insulinodep.: 250.00 | <input type="checkbox"/> AR y otras Artritis: 714 | Otros diagnósticos |
| <input type="checkbox"/> Gota: 274 | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Insulinodepend.: 250.01 | <input type="checkbox"/> Medicación Broncodilatadora: 495 | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria: 411.1 | <input type="checkbox"/> Dislipemia: 272 | <input type="checkbox"/> Glaucoma: 365 | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca: 428 | <input type="checkbox"/> Hipo/Hipertiroidismo: 246.8 | <input type="checkbox"/> Enfermedad Extrapiramidal: 333.90 | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Arritmia Crónica: 427 | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa Crón.: 556.1 | <input type="checkbox"/> Modificadores de Conducta: 295 | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación: V58.61 | <input type="checkbox"/> Medicación Anticonvulsivante: 780.3 | | <input type="checkbox"/> _____ |