Hemodiálisis Crónica

Requisitos para la Cobertura:

- Resumen de Historia Clínica tipo 1, completo y en original (ver archivo adjunto)
- Último examen de laboratorio.
- Prescripción médica de la práctica, con indicación expresa de "*cantidad de sesiones mensuales requeridas*"
- Si es la primera vez, presupuesto mensual del lugar en el que realizará el tratamiento, indicando:
    - ✓ Cantidad de sesiones.
    - ✓ Importe por sesión.

Importante: Se autorizará mensualmente la totalidad de las sesiones del período correspondiente. El pedido de autorización debe ser enviado por e-mail a info@osim.com.ar, con una anticipación mínima de 7 días.

OSIM
OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 1 - Medicamentos

Lugar y Fecha: .....

N° de Documento: .....

Nombre y Apellido: .....

ANTEDECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL Y DIAGNOSTICO:

.....

.....

.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

.....

.....

.....

TRATAMIENTOS ANTERIORES (FECHA/DROGA/DOSIS/TIEMPO):

.....

.....

.....

TRATAMIENTO ACTUAL(DROGA/DOSIS):

.....

.....

.....

ALTURA: ..... PESO: .....

SUPERFICIE CORPORAL: .....

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello del Médico