

PROVISION DE MEDICAMENTOS

Documentación a presentar en OSIM

- **Pedido Médico por medicamento** “genérico” indicando “diagnóstico” (copia) El original se presenta al momento de la entrega del medicamento.
- **Estudios relacionados con la patología** (copia)
- **Formulario de Proyección Semestral de Medicamentos**, si el tratamiento es de carácter crónico (original / ver formulario adjunto en pág. 3)
- **Resumen de Historia Clínica tipo 1**, completo (original / ver formulario adjunto en pág. 3)

Nota:

- La presentación de la documentación es de carácter **SEMESTRAL**
- En caso de existir un cambio de dosis será necesaria la presentación del Formulario de Proyección Semestral de Medicamentos actualizada (formulario adjunto)
- No se aceptarán formularios con enmiendas o tachaduras, sin estar correctamente “salvados” por el médico firmante.

Se adjuntan el siguiente formulario:

- Proyección Semestral de Medicamentos
- Resumen de Historia Clínica tipo 1

PROYECCION SEMESTRAL DE MEDICAMENTOS

Periodo: (mes) a (mes) de (año)

A COMPLETAR POR EL AFILIADO

Nombre y Apellido: N° Documento: Red Prestacional:

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Nombre y Apellido: Especialidad: Matrícula N°
 Teléfono: Celular: E-mail:

DIAGNOSTICO (Datos a completar por el médico de cabecera)

| | | | |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Hipertensión Arterial | Diabetes No insulinoquiriente | Asma Bronquial | Glaucoma |
| Enfermedad Coronaria | Hipertiroidismo | EPOC | Enf. Inf. Intestinal Crónica |
| Insuficiencia Cardíaca | Hipotiroidismo | Enf. de | Coagulopatías |
| Arritmia Crónica | Gota | Enf. Psiquiátrica DSM IV f.29 | Otras Patologías |
| Dislipemia | Artritis reumatoidea - otras | Epilepsia | |

Para ser COMPLETADO por el MEDICO TRATANTE

Medicación Prescripta:

| Medicación Prescripta: | Presentación | | | A completar por OSIM | | |
|------------------------|--------------|--------------|---------------|----------------------|---|----------|
| | Monodroga | Cant. Diaria | Cant. Mensual | A cargo de OSIM | | A/C |
| | | | | SI/NO | % | Afiliado |
| | | | | SI/NO | % | SI/NO |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Fecha:

Firma y Sello Medico Tratante:

*En "Período" informar solo una de estas opciones (según corresponda):
 "ENERO a JUNIO de 20XX" (año completo) / "JULIO a DICIEMBRE de 20XX" (año completo)

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 1 - Medicamentos

Lugar y Fecha:

Nº de Documento:

Nombre y Apellido:

ANTECEDENTES 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