

## PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS CRÓNICOS (Res. 310/2014)

### 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** (original), si el tratamiento es de carácter crónico. Ver formulario adjunto en página 2
- **Resumen de Historia Clínica tipo 1**, completo (original) Ver formulario adjunto en página 3

### Nota:

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

Se adjunta 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 cargo de OSIM		A completar por OSIM	
	Cant. Diaria	Cant. Mensual	SI/NO	%	A/C Afiliado	Farmacia Cartilla
Monodroga						

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