

DATOS DEL PRESCRIPTOR

Apellido y nombre: _____

Teléfono: _____ Institución: _____

DIAGNÓSTICOS

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial: I10 | <input type="checkbox"/> Anticoagulación: D68.3 | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa/Crohn: K50 | <input type="checkbox"/> Enfermedad extrapiramidal: G20 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: indicar |
| <input type="checkbox"/> Gota: M10 | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus No insulino dependiente: E11 | <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivante: G40 | <input type="checkbox"/> Modificadores de conducta: F20 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: indicar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria: I20 | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus insulino dependiente: E10 | <input type="checkbox"/> AR y otras artritis: M05 | <input type="checkbox"/> Anticoncepción: Z30 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: indicar |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca: I50 | <input type="checkbox"/> Dislipemia: E78 | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatadora: J45 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: indicar | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: indicar |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica: I49 | <input type="checkbox"/> Hipo / hipertiroidismo: E03 | <input type="checkbox"/> Glaucoma: H40 | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: indicar | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: indicar |

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

La información que se incluye en esta planilla será considerada confidencial por OMINT y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes

NOTA: LA TOTALIDAD DE LA FICHA DEBERA SER COMPLETADA A MANO CON LA MISMA TINTA Y SIN CAMBIOS DE TIPOGRAFIA. TODA ENMIENDA DEBERA SER SALVADO POR EL PRESCRIPTOR (CON FIRMA Y SELLO)

OBSERVACIONES- RESERVADO AUDITORIA OMINT
