

## • Datos personales de la persona beneficiaria (por favor completar en letra clara) Fecha: .....

Apellido ..... Nombre ..... Legajo .....

Nacionalidad ..... D.N.I. N° ..... Fecha de Nac. .... Edad .....

Domicilio Calle ..... N° ..... Piso ..... Depto. ....

C.P. .... Barrio ..... Localidad ..... Provincia .....

Teléfono ..... Email .....

¿Posee otra cobertura? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? ..... N° afiliado .....

## • Información de patologías crónicas Fecha: .....

### 1° DIAGNÓSTICO

Duración aprox. del tratamiento: Desde ...../...../..... Hasta ...../...../.....

| Genérico | Nombre comercial | Presentación | Dosis día | Dosis mes (x cajas) |
|----------|------------------|--------------|-----------|---------------------|
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |

### 2° DIAGNÓSTICO

Duración aprox. del tratamiento: Desde ...../...../..... Hasta ...../...../.....

| Genérico | Nombre comercial | Presentación | Dosis día | Dosis mes (x cajas) |
|----------|------------------|--------------|-----------|---------------------|
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |

### 3° DIAGNÓSTICO

Duración aprox. del tratamiento: Desde ...../...../..... Hasta ...../...../.....

| Genérico | Nombre comercial | Presentación | Dosis día | Dosis mes (x cajas) |
|----------|------------------|--------------|-----------|---------------------|
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |
|          |                  |              |           |                     |

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE CABECERA A SER TRANSCRIPTA POR AUDITORÍA MÉDICA DE D.A.S.U.Te.N. CENTRAL Y/O REGIONAL

.....  
Firma y sello de la persona profesional tratante

.....  
Firma y aclaración de la persona beneficiaria

.....  
Firma y sello de la persona profesional de auditoría médica

- En caso de exceder el número de patologías indicadas en el presente formulario, así como también la cantidad de productos medicinales, se sugiere completar un nuevo formulario, enumerando los mismos en el margen superior derecho, a fin de facilitar su adecuado control administrativo.

- El presente formulario tendrá una vigencia máxima de un año y deberá actualizarse antes de su vencimiento, a fin de evitar inconvenientes en los controles y en la dispensa de los medicamentos.

- En caso de que la delegación no cuente con un/a profesional de auditoría médica regional, el formulario deberá ser firmado por la persona responsable administrativa y posteriormente remitido a Auditoría Médica Central para su control y carga.