

**Datos del afiliado**

Nº Afiliado TVSalud	D.N.I.
Apellido	Nombre
Domicilio	Localidad
Provincia	Seccional
Teléfono	Mail

**Datos del médico tratante**

Apellido	Nombre
Especialidad	Teléfono

**Patologías Crónicas Prevalentes y/o recurrentes**

Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>
Coronariopatías	<input type="checkbox"/>	Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>
Arteriopatías	<input type="checkbox"/>	Tiroideopatías	<input type="checkbox"/>	Efisema pulmonar obstructivo crónico	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Anticoncepción con hormonoterapia de uso sistémico	<input type="checkbox"/>
Arritmias	<input type="checkbox"/>	Epilpsia	<input type="checkbox"/>	Alternativa D.I.U.	<input type="checkbox"/>
Anticoagulación	<input type="checkbox"/>	Psicopatías	<input type="checkbox"/>	Otras patologías:	<input type="checkbox"/>
Valvulopatías	<input type="checkbox"/>	Asma bronquial	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Artritis rematoidea	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Diagnóstico y Resumen de Historia Clínica**

--

**Tratamiento**

Droga (principio activo)	Sugerencia Marca Comercial	Presentación	Dosis diaria (mg, mcg, U.I., etc)	Cantidad Mensual