

Datos del afiliado

N° Afiliado TVSalud	<input type="text"/>	D.N.I.	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	Seccional	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>

Datos del médico tratante

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Especialidad	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>

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"/>		
Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<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

FECHA

FIRMA MEDICA

SELLO MEDICO