



**FORMULARIO DISCAPACIDAD**

VALIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD - COBERTURA 100%

OBRA SOCIAL (SIGLAS)

N% S.S.S.

DATOS DEL AFILIADO	APELLIDO											NOMBRE											SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
	DOC. - TIPO			NRO.					FECHA DE NACIMIENTO																
	N% AFILIADO											TELEFONO													
	CALLE											Nº			PISO			DPTO.			COD. POSTAL				
	BARRIO					LOCALIDAD							PROV.												
	E-MAIL (CORREO ELECTRONICO)																								

DATOS DEL MEDICO	APELLIDO											NOMBRE										
	MATRICULA					ESPECIALIDAD							TEL.									
	INSTITUCION																					

TIPO DE ENFERMEDAD CAUSAL	CONGENITA	<input type="checkbox"/>	DEGENERATIVA MUSCULAR	<input type="checkbox"/>	SINTOMAS DOMINANTES	CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	DEFORMIDAD	<input type="checkbox"/>
	ADQUIRIDA	<input type="checkbox"/>	REUMATOLOGICA	<input type="checkbox"/>		RETRASO MOTRIZ	<input type="checkbox"/>	DOLOR ARTICULAR	<input type="checkbox"/>
	NEUROLOGICA	<input type="checkbox"/>	PSIQUIATRICA	<input type="checkbox"/>		RETRASO MENTAL	<input type="checkbox"/>	PSIQUIATRICOS	<input type="checkbox"/>
	TRAUMATOLOGICA	<input type="checkbox"/>	OTRA	<input type="checkbox"/>		ESPASTICIDAD	<input type="checkbox"/>		

ACLARACIONES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PRINCIPAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO CONCOMITANTES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	PRESENTACION	POTENCIA	DOSIS DIARIA	CANT. SOLICITADA
NOTA. 1- Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/ unidad, con detalle del grado de concentración" (Ley 25649, art. segundo).					

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FECHA \_\_\_\_\_