

MODIFICACIÓN TERAPÉUTICA
PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
NO TRANSMISIBLES - RESOLUCIÓN 310/04



DATOS DE FILIACIÓN

Apellido/s y nombre/s: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____
DNI - LE - LC: _____ CUIL/CUIT: _____
Número de afiliado: _____ Seccional: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono celular: _____ Teléfono fijo: _____
Correo electrónico personal: _____

TRATAMIENTOS

| FÁRMACO (DCI*) | PRESENTACIÓN | DÓISIS DIARIA | CRITERIO DE CONDUCTA MÉDICA |
|----------------|--------------|---------------|-----------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

* Denominación Común Internacional.
F. 1001

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados

Firma y sello médico tratante

Firma del beneficiario/madre/padre/tutor