

**PROGRAMA**
**DESCRIPCIÓN**
**CUIDAR +**

Plan para pacientes con tratamientos prolongados, simplificando el proceso de prescripción por hasta 6 meses y mejorando el % de cobertura.

**RESOLUCIÓN 310**

Plan para pacientes con patologías crónicas prevalentes con una cobertura del 70%.

**DISCAPACIDAD**

Plan para pacientes con CUD de medicamentos inherentes a la patología, con una cobertura del 100%.

**ANTICONCEPTIVOS**

Plan para pacientes con medicación incluida dentro de la ley de planificación familiar, con cobertura del 100%.

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N° de afil.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DIAGNÓSTICOS**

Diagnóstico primario: \_\_\_\_\_

Diagnóstico secundario: \_\_\_\_\_

Fecha y resultados de análisis clínicos relacionados al diagnóstico primario y secundario:

Observaciones Clínicas:

**TRATAMIENTO**
**PLAN**

Monodroga/Asociación:	Concentración	<input type="checkbox"/> CUIDAR + <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN 310
Dosis diaria:	Duración del tratamiento (meses)	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS

Monodroga/Asociación:	Concentración	<input type="checkbox"/> CUIDAR + <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN 310
Dosis diaria:	Duración del tratamiento (meses)	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS

Monodroga/Asociación:	Concentración	<input type="checkbox"/> CUIDAR + <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN 310
Dosis diaria:	Duración del tratamiento (meses)	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS

Monodroga/Asociación:	Concentración	<input type="checkbox"/> CUIDAR + <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN 310
Dosis diaria:	Duración del tratamiento (meses)	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS

Monodroga/Asociación:	Concentración	<input type="checkbox"/> CUIDAR + <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN 310
Dosis diaria:	Duración del tratamiento (meses)	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS

Insumo:	Necesidad diaria:	
---------	-------------------	--

Insumo:	Necesidad diaria:	
---------	-------------------	--

 Autorizado SI  NO  Fecha de autorización \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma y sello médico auditor

 Firma y sello médico prescriptor  
(CONSIGNAR FECHA DE PRESCRIPCIÓN)