

1. Información del beneficiario

Afiliado N°: Fecha:/...../.....
Apellido y Nombre: Sexo: F M
Numero de documento: Fecha de Nacimiento:/...../.....
Dirección: Localidad: Provincia:
C.P.: Teléfono: Email:

2. Profesional responsable del tratamiento

Apellido y Nombre: Dirección:
Especialidad: M.P.: M.E: Email:

3. Empadronamiento

Inicio Cambio

4. Datos complementarios

Peso: Talla: BMI: Sup.Corporal: Status Performance:

5. Fracturas vertebrales

SI NO

Cual: Fecha:/...../.....
..... Fecha:/...../.....
..... Fecha:/...../.....

6. Laboratorio

Calcio: Fósforo: Creatinina:
Calcio/Creatinina Urinario: B crosslaps:
Fosfatasa alcalina:

7. DMO (Actual y previos / Si es menor de 50 años indicar el Z Score)

Z Score Columna lumbar:
T Score Cadera total derecha: Izquierda:
Cuello femoral derecho: Izquierda:
Radio 33% (si no puede medir columna o cadera): Ingesta de corticoides crónico: SI NO

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

8. Osteoporosis Secundaria (Tratamientos previos)

Droga	Dosis	Tiempo de tratamiento
.....
.....
.....

Efectos Secundarios:

.....

.....

Estudios que se le realizó:

.....

.....

9. Antecedentes Patológicos (ejemplo: Hipotiroidismo, Enfermedades sistémicas autoinmunes que requieran corticoide, enfermedad renal, etc.)

.....

.....

.....

Droga	Dosis	Tiempo de tratamiento
.....
.....
.....

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

10. Tratamiento indicado y/o plan terapéutico

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	DOSIS DÍA	DIAS DE TRATAMIENTO

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente. La documentación que respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoria de la APROSS.

Firma y aclaración del paciente

Firma y sello del médico tratante
(Incluir matrícula de especialista en caso de corresponder)

ADJUNTAR AL FORMULARIO:
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO
FOTOCOPIA DE CARNET
FOTOCOPIA DE INFORME DE ESTUDIOS QUE DEMUESTREN
LA PATOLOGÍA QUE PADECE EL/LA AFILIADO/A.
LOS DATOS SON OBLIGATORIOS Y SU AUSENCIA IMPIDE
EL TRAMITE DE EMPADRONAMIENTO

ESTA SOLICITUD DE COBERTURA SERÁ PROCESADA
 SIN EXCEPCIÓN, CUANDO SE CUMPLIMENTEN TODOS
 LOS REQUISITOS MÉDICOS Y AFILIATORIOS SOLICITADOS.