

1. Información del beneficiario

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

2. Profesional responsable del tratamiento

Apellido y Nombre: Dirección:
 Teléfono: Institución: Localidad:
 Especialidad: M.P. : M.E. : Email:

3. Empadronamiento

Inicio Cambio

TIPO DE EMPADRONAMIENTO (Seleccione lo que corresponda)

Cardiovasculares - HTA	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/>
Terapia del Dolor	<input type="checkbox"/>	Trasplantados	<input type="checkbox"/>
Endocrinológicas-Hormona del Crecimiento	<input type="checkbox"/>	Trastornos Inmunológicos	<input type="checkbox"/>
Neurológicas Crónicas	<input type="checkbox"/>	Oncología-Hematología	<input type="checkbox"/>
Trastornos Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Pulmonares Crónicas	<input type="checkbox"/>

Otras (especificar):

4. Datos complementarios

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

5. Diagnóstico

..... Estadio

Anatomía Patológica

Inmunohistoquímica

Breve Resumen de Historia Clínica

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

6. Complementarios al diagnóstico (Seleccione lo que corresponda)

Tenga en cuenta que deberá adjuntar la/s copia/s del/los informes de lo que seleccionó.

	SI	NO		SI	NO
Por la clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEC-TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de Laboratorio Habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de Laboratorio Complejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	α-fetoproteína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomografía A.C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CA 19-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resonancia Nuclear Mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CA 125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espirometría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RFG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densitometría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centellograma Óseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Tratamiento indicado y/o plan terapéutico

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	DOSIS M2 (oncología)	DOSIS DIA (crónicos)	DIAS DE TRATAMIENTO	NÚMERO DE CICLOS (oncología)

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 de respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoría 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 CARNÉ.
FOTOCOPIA DE INFORME DE ESTUDIOS QUE DEMUESTREN LA
PATOLOGÍA QUE PADECE EL/LA AFILIADO/A.
LOS DATOS SON OBLIGATORIOS Y SU AUSENCIA IMPIDE EL
TRÁMITE DE EMPADRONAMIENTO**

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