



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

**DATOS DEL AFILIADO**

NOMBRE Y APELLIDO: ..... DNI: ..... EDAD: .....  
NRO. AFILIADO: ..... FECHA DE NACIMIENTO: .....

**DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES**

DIAGNÓSTICO: .....

FECHA DE DIAGNÓSTICO: ..... TIEMPO DE EVOLUCIÓN: .....

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESTADO ACTUAL**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CAPACIDAD VITAL FORZADA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRATAMIENTOS PREVIOS**

	DROGA (Nombre Genérico)	DOSIS	FECHA	RESPUESTA
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**TRATAMIENTO INDICADO:**

DROGA/S: \_\_\_\_\_

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA (si es rotación indicar motivos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FRECUENCIA DE APLICACIÓN: ..... DOSIS DIARIA: ..... DOSIS MENSUAL: .....

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante .....

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

## Resumen de Historia Clínica ENFERMEDAD DE POMPE

**Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:**

- Resumen de Historia Clínica: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (laboratorio para alfa glucosidasa ácida).
- Biopsia (si correspondiera).

**TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS**

**CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante .....

Matrícula n°: .....

Fecha: / /