



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

EDSS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTADO EVOLUTIVO/FORMA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### TRATAMIENTOS PREVIOS

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

### TRATAMIENTO INDICADO:

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

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

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

\_\_\_\_\_

FRECUENCIA DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_ DOSIS DIARIA: \_\_\_\_\_ DOSIS MENSUAL: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante .....

Fecha: / /



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

**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.
- RMN con presencia de enfermedad desmielinizante.
- Punción lumbar/ análisis de líquido cefalorraquídeo (si correspondiera).

**TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS**

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

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante ..... Matrícula n°: .....

Fecha: / /