



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**

.....  
.....  
.....  
.....

CLASE FUNCIONAL NYHA: .....

COMORBILIDADES: .....

**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 DE 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 Hipertensión Arterial Pulmonar

**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.
- Clasificación etiológica.
- Cateterismo de cavidades derechas.
- Estudio que demuestre tromboembolismo pulmonar (en caso de grupo 4).

**TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS**

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

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

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